Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

На правах рукописи

Лакомская Анна Владимировна

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ НА СОСУДАХ СЕРДЦА, В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ

19.00.04 - медицинская психология

Диссертация на соискание учёной степени кандидата психологических наук

Научный руководитель
доктор психологических
наук, профессор
Горьковая И.А.

Санкт-Петербург
2018

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ..........с.4
ГЛАВА 1 Теоретический обзор подходов к изучению психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца с.13
1.1. Клинические характеристики ишемической болезни сердца и операций на сосудах сердца у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями..........с.13
1.2. Психологические характеристики больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.22
1.3 Определение психологического благополучия и его детерминант у больных ишемической болезнью сердца..........с.36
ГЛАВА 2 Методы и организация исследования пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца с.58
2.1. Организация исследования клинико-психологических детерминант психологического благополучия у больных, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации..........с.58
2.2. Описание выборки..........с.59
2.3. Методы исследования..........с.62
2.3.1. Клинико-психологический метод..........с.62
2.3.2. Психодиагностические методы исследования с.63
2.3.3 Методы математико-статистической обработки данных с.70
ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ исследования психологического благополучия и его клинико-психологических детерминант с.71
3.1 Клинические детерминанты психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.71
3.1.1 Характеристика феномена психологического благополучия у больных, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.72
3.1.2 Сравнительный анализ психологического благополучия, жизнестойкости, уровня развития субъектности и экзистенциальной наполненности в группах пациентов, перенесших коронарное шунтирование и пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий..........с.76
3.1.3 Изучение психологического благополучия в группах планового и экстренного прохождения хирургического вмешательства..........с.77
3.2 Психологические особенности больных, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.82
3.2.1 Изучение психологических особенностей мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.89
3.2.2 Психологические особенности женщин, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.95
3.2.3 Психологические особенности мужчин, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.98
3.2.4 Анализ психологических характеристик больных, перенесших операцию на сосудах сердца, в группах с низким и средним уровнем актуального психологического благополучия..........с.100
3.2.5 Социально-психологические особенности пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.109
3.2.6 Результаты корреляционного анализа компонентов психологического благополучия в группах мужчин и женщин с разным уровнем психологического благополучия..........с.119
3.3 Психологические детерминанты психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца..........с.132
3.3.1 Детерминанты психологического благополучия в группе пациентов с низким уровнем психологического благополучия..........с.133
3.3.2 Детерминанты психологического благополучия в группе пациентов со средним уровнем психологического благополучия..........с.134

3.4 Мишени психологической помощи больным, перенесшими операцию на сосудах сердца в период санаторно-восстановительного лечения..с.137
Заключение……………………………………………………………….................…...……...с.140
Выводы……………………………………………………………….................……………...…...с.142
Литература...с.144
Приложение...с.157

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Статистика заболеваний сердечно-сосудистой системы выглядит неутешительно. По данным Росстата, за 2017 г. в России от заболеваний сердечно-сосудистой системы умерли 857980 человек (Федеральная служба государственной статистики). Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной заболеваемости и смертности населения во всем мире (WHO, 2007). Подавляющее большинство больных с ССЗ составляют люди зрелого возраста. На сегодняшний день операции на сосудах сердца по реваскуляризация миокарда являются одним из наиболее перспективных и эффективных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а повышение безопасности и клинической эффективности данных операций позволило значимо расширить список показаний к её применению и существенно увеличить число пациентов, подвергаемых этим процедурам (Акчурин, Р.С., 2010; Бокерия Л.А. и соавт., 2006; Демченко Е.А., 2014; Жанатаева Л.Л., 2012; Панов А.В. с соавт., 2007; Наумова А.В., 2010, Мамаев Х.А-К., 2011; Boden W.E.и соавт., 2007; Hambrecht R. и соавт. 2004; Katritsis D.G., Ioannidis J.P., 2005). Хроническое соматическое заболевание и оперативное вмешательство, по данным ряда авторов (Василюк Ф.Е., 1984; Коржова Е.Ю., 2002; Леонтьев Д.А., 2003; Василенко Т.Д., 2014), воспринимается человеком как критическая ситуация, ведущая к изменению ряда смысловых и временных аспектов субъективной картины его жизненного пути и субъективного переживания собственного психологического благополучия. На сегодняшний день в современной медицинской психологии и медицине человек чаще рассматривается в контексте определенной нозологической группы заболеваний. Во многих исследованиях ситуация болезни рассматривается обособленно и аспекты бытия больных рассматриваются только в рамках их взаимосвязей с заболеванием. Важно отметить, что ситуация болезни и операции – это лишь часть бытия человека и исследования, углублённо изучающие ее, зачастую

упускают из виду самого человека и структуру его жизни в целом. Актуальность проблемы обусловлена тем, что болезнь отражается в контексте самовосприятия, саморефлексии, жизненного опыта человека и в его внутренней критичной проработке, тем самым влияя на субъективное переживание своего психологического благополучия. Понятие психологического благополучия - центральных конструкт нашего исследования. Изучение данного феномена за рубежом осуществляется в двух основных направлениях: гедонистическом и эвдемонистическом. Психологическое благополучие в гедонистическом подходе рассматривается как соотношение позитивного и негативного аффекта. Н. Брэдбурн полагал, что психологическое благополучие сопоставимо с удовлетворенностью жизнью и субъективным ощущением счастья, при доминировании позитивного аффекта над негативным. В наши дни, последователи данного направления сосредоточены на изучении эмоционального благополучия личности (М. Аргайл, 2007, Bradburn, N, 1969, Diener, E 1984, Н. Шварц, 2005). В данном исследовании психологическое благополучие рассматривается в рамках эвдемонистического направления экзистенциально-гуманистической психологии. Эвдемонистический подход рассматривает психологическое благополучие как результат саморазвития личности. Личность, преобразуя себя, достигает гармонии с собой и миром (Франкл, В. 2000; Франкл, В., 2001; Бьюдженталь, Дж., 2001; Дружинин, В.Н. 2010, Waterman A. S., 1993, Deci, E.L., Ryan, R.M.,2000).

Тема психологического благополучия в исследованиях отечественных психологов стала развиваться и популяризироваться лишь в последние десятилетия. Существует большое разнообразие подходов к изучению данного феномена, а также множество различных трактовок понятия «психологическое благополучие личности». Российские исследователи (Г. Л. Пучкова, 2003, М. В. Соколова, 1996, Р. М. Шамионов, 2004, 2008) под психологическим благополучием личности предполагают положительную оценку собственной личности и своей жизни, Л. В. Куликов как доминирующее психическое состояние (Куликов Л.В., 2000), О. С. Ширяева говорит о психологическом

благополучии как о совокупности ресурсов личности, обеспечивающих её успешность в системе «субъект-среда» (Ширяева О.С., 2008), П. П. Фесенко и Т. Д. Шевеленкова описывают данное понятие как направленность личности на позитивное функционирование, результат которой, выражается в переживании счастья и удовлетворенности собственной жизнью (Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П., 2005).

Психологическое благополучие в данном исследовании рассматривается в рамках концепции К. Рифф. Структурная модель психологического благополучия была описана К. Рифф после рассмотрения и конгломерации различных теоретических подходов к проблеме психологического здоровья, самоактуализации личности, развития способности личности к самодетерминации при сохранении оптимального уровня функционирования. Психологическое благополучие объясняется К. Рифф как фундаментальный субъективный конструкт, который отражает восприятие и оценку личностью собственного функционирования с точки зрения максимума потенциальных возможностей человека (Ryff, C.D., Keyes C.L.M., 1995). В структуру данного понятия входят следующие компоненты: позитивные отношения с окружающими (умение формировать доверительные отношения с окружающими, способность сопереживать, находить компромисс), автономия (самостоятельность, независимость от общества в оценках себя и своего поведения, способность к саморегуляции), управление окружением (способность улавливать и создавать условия, способствующие удовлетворению собственных потребностей и целей человека); личностный рост (стремление к непрекращающемуся развитию, самореализации, открытость новому опыту); цели в жизни (переживание осмысленности, ценности собственной жизни); самопринятие (осознание и принятие всех сторон своей личности, позитивная оценка себя и своего прошлого опыта). В современном мире общество ставит перед личностью всё новые и новые задачи. Развиваются технологии лечения заболеваний, которые ранее вели к инвалидности, а в наши дни человек может эффективно функционировать при хроническом соматическом заболевании. Полноценно функционирующей

личностью, в отечественной психологии, называют ту, которая описана в субъектном подходе (К.А. Абульханова-Славская, 1991, Б.Г. Ананьев, 1980, Л.И. Анциферова, 1973, Л.И. Божович, А.В. Брушлинский, 2000, А.Н. Леонтьев, В.С. Мухина, 2010, В.А. Петровский, 1987). В данном подходе субъект - это человек активно-преобразующий действительность, обладающий способностью к самодетерминации личностного развития и возможностью самоуправления собственными ресурсами. Таким образом, при объединении субъектного подхода к исследованию личности и эвдемонистической концепции психологического благополучия следует, что человек преодолевает критические ситуации в жизни, так например болезнь и оперативное вмешательство, исходя из собственных психологических особенностей. С данной точки зрения, психологические особенности человека могут оказывать влияние на психологическое благополучие человека в трудной жизненной ситуации, которой является жизнеугрожающее соматическое заболевание и хирургическое вмешательство. Соответственно, установление конкретных клинико-психологических детерминант психологического благополучия у больных, перенесших операцию на сосудах сердца, является перспективной проблемой в области современных психологических исследований.

Цель исследования:

Изучить клинико-психологические детерминанты психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации.

Задачи исследования:

1. Исследовать клинические детерминанты психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца.

2. Изучить психологические детерминанты психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца

3. Изучить детерминанты психологического благополучия в зависимости от его уровня и пола пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца.

4. Обосновать мишени психологической помощи и поддержки пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца.

Объект исследования: психологическое благополучие больных, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации

Предмет исследования: клинико-психологические детерминанты психологического благополучия мужчин и женщин, перенесших разные операции на сосудах сердца, такие как степень инвазивности и срочности проведения операции, жизнестойкость, атрибуты субъектности личности и экзистенциальная исполненность.

Гипотезы исследования:

1) Клиническими детерминантами психологического благополучия больных с ишемической болезнью сердца является степень инвазивности и степень срочности проведения операции.

2) Детерминанты актуального психологического благополучия у больных с ишемической болезнью сердца, перенесших операцию по реваскуляризации миокарда, отличаются у мужчин и женщин, а также в зависимости от его уровня.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили гуманистическая парадигма современной медицины и медицинской психологии (Вассерман Л.И. с соавт., 2011; Леонтьев Д.А., 2003); биопсихосоциальный подход к изучению природы человека, его здоровья и болезни (Бауманн У., Перре М., 1998; Карвасарский Б.Д., 2006; Engel G., 1977, 1980); концепция личности как системы значимых отношений (Мясищев В.Н., 1960), теоретические представления о понятии психологического благополучия личности (Н. Бредбурн, 1969; К. Рифф, 1996); представления о структуре психологического благополучия (К. Рифф, 1996; А.В. Воронина, 2005; П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова, 2005; О.С. Ширяева, 2008); теоретические представления о психологическом благополучии личности как одном из критериев её гармоничного и полноценного функционирования (Дж. Бьюдженталь, 2001; Л.В. Куликов, 1997; А. Маслоу, 1982; Р. Мэй, 2001; К. Рифф, 1995, К. Роджерс, 1997; П.П. Фесенко, 2005; Р.М. Шамионов, 2004; Т.Д. Шевеленкова, 2005; О.В. Ширяева, 2008 и др.); субъектно-

деятельностный подход к изучению личности (К.А. Абульханова-Славская, 1991; Б.Г. Ананьев, 1980; А.В. Брушлинский, 2000; В.В.Знаков, 2005; В.А.Петровский, 1987; С.Л.Рубинштейн, 2000 и др.)

Методы исследования:

Для проведения настоящего исследования, достижения его цели и поставленных задач, были подобраны соответствующие методы: клинико-психологические, психодиагностические и статистические.

Клинико-психологический метод в данном исследовании реализован с помощью специально разработанного полуструктурированного интервью для пациентов, нацеленного на изучение их социально-демографических и психосоциальных характеристик.

Психодиагностический метод исследования представлен психодиагностическими тестами, направленными на измерение изучаемых характеристик у пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации: Методика диагностики психологического благополучия личности Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко (2005); Тест жизнестойкости С.Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой (2006); Опросник «Уровень развития субъектности личности» М.А. Щукиной (2004); Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер (2009); Цветовой тест Люшера в адаптации В.И. Тимофеева и Ю.И. Филимоненко (2012); Цветовой тест отношений (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда (1985); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

Статистический метод. Математико-статистическая обработка полученных данных выполнена с применением статистических программ SPSS v22 и MicrosoftExcel 2007. Достоверность различий частот встречаемости ответов респондентов оценивалась с помощью анализа таблиц сопряженности и критерия $\chi 2$ Пирсона, расчет различий средних показателей выполнялся с помощью сравнительного анализа с применением U- критерия Манна-Уитни. Взаимосвязи исследуемых показателей выявлялись с помощью корреляционного анализа Пирсона, Для изучения взаимосвязи уровня актуального психологического

благополучия с другими психологическими характеристиками, полученными в результате психодиагностического исследования, а также для оценки их вклада в психологическое благополучие пациентов, использован множественный регрессионный анализ.

Научная новизна исследования. Впервые исследовано психологическое благополучие больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших операцию на сосудах сердца. Впервые доказано, что такие клинические детерминанты как степень инвазивности хирургического вмешательства и степень срочности проведения операции по реваскуляризации миокарда не влияют на уровень актуального психологического благополучия больных в стационарный период кардиореабилитации. Впервые доказано, что психологическими детерминантами актуального психологического благополучия больных с ишемической болезнью сердца, перенесших операцию на коронарных сосудах, являются характеристики жизнестойкости личности и атрибуты субъектности личности. Впервые выявлены различия детерминант актуального психологического благополучия больных с ишемической болезнью сердца у мужчин и женщин с низким и средним уровнем психологического благополучия.

Теоретическая значимость исследования. Результаты проведенного исследования расширяют теоретическую базу представлений психосоматики, как части клинической психологии, о психологических характеристиках больных, страдающих ишемической болезнью сердца, подвергшихся хирургическому лечению. Полученные данные также расширяют систему представлений о феномене психологического благополучия и дополняют существующие представления о его клинико-психологических детерминантах у пациентов с ИБС. Впервые выделены детерминанты уровня актуального психологического благополучия у больных с ИБС, перенесших операцию на сосудах сердца. В целом, результаты проведенного исследования вносят вклад в развитие психокардиологического направления в психосоматической медицине.

Практическая значимость исследования. Определены мишени психокоррекции при психологическом сопровождении данного контингента

больных на этапе санаторно-восстановительного лечения в послеоперационный период. Полученные результаты также могут быть использованы при оказании помощи семьям соматически больных и непосредственно для повышения эффективности лечения и комплаентности больных при индивидуальном сопровождении. Кроме того, результаты данной работы могут быть использованы для создания методических пособий и курса лекций по клинической психологии в обучении, переподготовке и повышении квалификации специалистов клинических (медицинских) психологов, а также медицинских работников (врачей, медсестер), работающих в области кардиологии и кардиохирургии.

Положения, выносимые на защиту:

1) В период реабилитации на этапе санаторно-восстановительного лечения основной клинической детерминантой актуального уровня психологического благополучия личности пациента является непосредственно наличие заболевания, тогда как такие особенности клинической картины болезни как: степень инвазивности перенесенного хирургического вмешательства, степень срочности его проведения (в плановом или экстренном порядке) не оказывают влияния на субъективную оценку больными своего психологического благополучия на стационарном этапе кардиореабилитации.

2) Психологическими детерминантами актуального психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца, являются характеристики жизнестойкости и атрибуты субъектности личности. Существуют различия психологических детерминант у пациентов разного пола и уровня актуального психологического благополучия.

3) Мишени оказания психологической помощи определяются уровнем психологического благополучия и полом пациентов. Для мужчин есть необходимость оптимизации актуального эмоционального состояния, формирования позитивного образа жизни с наличием хронического заболевания, актуализации переживания вовлеченности в собственную жизнь, снятия тревожности, проработки страха потери работоспособности и формирования комплаенса. Для женщин необходима эмоциональная поддержка, регуляция

эмоционального фона, формирование ответственности за болезнь, определение границы ответственности в событиях жизни значимых других и повышение комплаенса.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечиваются: применением комплекса методов и методик, адекватных задачам исследования, представительностью выборки, верифицированными клиническими диагнозами, применением качественного клинико-психологического анализа и современных средств математической статистической обработки данных.

Апробация результатов исследования.

Материалы исследования были представленные на следующих конференциях и конгрессах: Международная научно-практическая конференция "Психология человека в условиях здоровья и болезни" 5-6 июня 2015 г., г. Тамбов; X международный конгресс "Психосоматическая медицина - 2015", Санкт-Петербург; VI международный молодежный медицинский конгресс "Санкт-Петербургские научные чтения -2015", Санкт-Петербург; Двадцатая Санкт-Петербургская ассамблея молодых ученых и специалистов, Санкт-Петербург, 2015; Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2016», г. Москва; Международный конгресс "Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование - грани исследуемого" Санкт-Петербург, 2017г.

Структура и объем диссертации.

Диссертация состоит из введения, трёх глав, выводов, заключения, списка литературы и приложения. Содержит 12 рисунков и 39 таблиц. Список литературы содержит 240 наименований, из них 65 – на иностранном языке.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

1.1 Клинические характеристики ишемической болезни сердца и операций на сосудах сердца у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В современном мире сердечно-сосудистые заболевания являются одной из ключевых проблем здравоохранения в мире поскольку они являются основной причиной заболеваемости и смертности населения во всем мире (WHO, 2007). По данным Росстата, за 2017 г. в России от заболеваний сердечно-сосудистой системы умерли 857980 человек (Федеральная служба государственной статистики). Рост смертности населения провоцирует рост социально-экономического ущерба за счет повышения расходов на лечение и реабилитацию больных, также значительная часть средств идет на социальное обеспечение пациентов, находящихся на инвалидности, а это около 50 % от общего количества граждан, признанных инвалидами среди населения трудоспособного возраста (В.П. Романова, 2010). Поэтому борьба с этой неинфекционной эпидемией является не только общемедицинской проблемой, но задачей всего государства в целом (Клюжев В.М. с соавт., 2004, с. 8), решение которой опирается также и на создание проектов целевого назначения (Оганов Р.Г. с соавт. 2007; Чазов Е.И., 2008; Lloyd-Jones D.M. et al., 2010; Sher T. et al., 2014).

Ведущей кардиопатологией в числе сердечно-сосудистых заболеваний является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая существенно снижает качество жизни больных разных возрастных групп и в дальнейшем приводит к инвалидизации и летальному исходу. Ишемическая болезнь сердца — это «патологическое состояние, в основе которого лежит ишемия миокарда, возникающая вследствие нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы» (Ардашев В. Н. с соавт., с. 40). Смертность от ИБС, составляет около одной второй от всех смертей по

причине сердечно-сосудистых заболеваний, (Бокерия Л.А. с соавт., 2002b; Budeus M. et al., 2006).Заболеваемость ИБС целесообразно получила статус эпидемии XX в. Так например, среди взрослого населения занимающихся умственным трудом и с малой физической активностью (10 тыс чел, 66% из них в возрасте 50-70 лет, 52% мужчин), которые долгое время наблюдались диспансерно, ИБС «достоверно диагностирована у 40,3%» (Захаров В.Н., 2001, с. 5). На данный момент в Российской Федерации среди взрослого населения ИБС зачастую встречается в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД) и заболеваниями печени. Эти сочетания относятся к общим факторам риска и с возрастом только растут (Шальнова С.А. с соавт., 2015, с. 51). ИБС манифестирует, как правило, тогда, когда степень стеноза (сужения) сосудов доходит до закрытия 50% просвета, а при сужении просвета артерии до значений 70–80% проявляются выраженные приступы стенокардии напряжения. Кроме атеросклероза сосудов сердца в патогенезе ИБС участвуют и другие значимые, так, например, состояние эндотелия (внутренней стенки сосудов) и тех химических соединений, которые отвечают за постоянную выработку эндотелия в процессе своей жизнедеятельности. Исследователи и врачи-практики отмечают вариабельность форм течения ИБС, они отмечают, что многообразие видов протекания данной нозологии настолько богато, что им можно болеть как один день, так и на протяжении десятков лет (Клюжев В.М. с соавт., 2004). К ИБС относятся разные формы: острые и хронические патологические состояния, которые обусловлены спазмами или органическим поражением сосудов (Чазов Е.И., 2000; Бокерия Л.А. с соавт., 2002а).

Одним из самых распространенных проявлений ИБС является инфаркт миокарда (ИМ) — «одна из клинических форм ИБС, характеризующаяся развитием локального (органического) некроза миокарда вследствие остро возникшего несоответствия коронарного кровотока потребностям миокарда» (Окороков А. Н., 2002, с. 270). Осложнением течения ИБС после перенесенного ИМ может стать постинфарктный кардиосклероз. В диагноз он заносится не раньше, чем спустя 2 месяца со дня развития инфаркта миокарда. Основанием

являются: выявление по данным УЗИ сердца зон акинезии миокарда, выявленная аритмия сердца, нарушение проводимости. Постинфарктный кардиосклероз как самостоятельную клиническую формы ИБС в диагноз вносят только при отсутствии у пациента стенокардии и других форм ИБС, предусмотренных классификацией.

Аритмия (нарушение сердечного ритма) сердца или признаки левожелудочковой сердечной недостаточности проявляют себя сходным образом как и приступы стенокардии напряжения или спонтанной стенокардии. Данный диагноз требует тщательной дифференциальной диагностики с аритмиями сердца, вызванными различными другими нозологиями (Окороков А. Н., 2002).

Сердечная недостаточность. Существует две формы: острая и хроническая сердечная недостаточность. Острая сердечная недостаточность проявляет себя симптомокомплексом включающим: появление острой (кардиогенной) одышки, связанной с быстрым развитием легочного застоя вплоть до отека легких или кардиогенного шока (с гипотонией, олигурией и т. д.), которые, как правило, представляют собой последствия острого повреждения миокарда. Большей частью встречается хроническая форма сердечной недостаточности (ХСН), которая характеризуется периодическим проявлением случаев обострения. Обострение характеризуются внезапным или постепенным усилением симптоматики ХСН.

Лечение ИБС

Лечение ИБС является многогранным и разносторонним процессом, так например виды терапии делятся на две основные группы: 1) Медикаментозная терапия: 1. нитраты, 2. ацетилсалициловая кислота и др. антиагреганты, 3. β-адреноблокаторы, 4. антикоагулянты, 5. цитопротекторы, 6. гиполипидемические средства, 7. ингибиторы АПФ, 8. Антагонисты калия. 2) Немедикаментозная терапия: 1. эндоваскулярные методы (баллонная коронарная ангиопластика, атерэктомия, лазерная ангиопластика, стентирование), 2. аортокоронарное шунтирование (АКШ), 3. операции прямой реконструкции коронарных сосудов, 4. лазеротерапия, 5. психотерапия, 6. плазмаферез общий и иммуносорбционный,

7. климатолечение и др. методы (Клюжев В.М. с соавт., 2004, с. 148-149). Лечение любой формы ИБС также сопровождается ограничением физической нагрузки и постепенным ее наращиванием на этапе реабилитации, а также лечением ожирения, как значимого фактора риска (Клюжев В.М. с соавт., 2004; Аронов Д.М., 2013). На современном этапе развития принципов лечения ИБС медикаментозная терапия тесно взаимосвязана с методами реваскуляризации миокарда (Акчурин Р.С. с соавт., 2002; Бокерия Л.А., с соавт., 2002а; Клюжев В.М. с соавт., 2004; Беленков Ю.Н., 2005; Лякишев А.А., 2007). В наши дни, для лечения ишемической болезни сердца (ИБС), стали активно использовать такие методы как реваскуляризация миокарда, а именно: аортокоронарное шунтирование (АКШ), транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика и стентирование коронарных артерий (СКА). На сегодняшний день реваскуляризация миокарда является одним из наиболее перспективных и эффективных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а модернизация хирургической техники и повышение безопасности и клинической эффективности данных операций позволило значимо расширить список показаний к её применению и существенно увеличить число пациентов, подвергаемых этим процедурам (BodenW.E.и соавт., 2007; Hambrecht R. и соавт. 2004; Katritsis D.G., Ioannidis J.P., 2005). Она осуществляется с помощью операции коронарного (аорто-коронарного, маммаро-коронарного) шунтирования (КШ), а также чрескожных коронарныхвмешательств (ЧКВ) — транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики (ТБКА), или, как ее еще называют, баллонной ангиопластики (БАП) с или без стентирования коронарных артерий. Оба данных метода (КШ и ЧКВ) имеют свои преимущества и конкретные показания и противопоказания, поэтому их могут использовать одновременно при оперировании одного больного. Важно заметить, что хирургическое лечение ИБС уже на протяжении 30 лет является одним из ведущих методов лечения больных ИБС, а коронарное шунтирование, в свою очередь, занимает первое место среди хирургических операций по частоте выполнения. Доказано, что операция КШ, устраняет симптомы ишемии по средствам восстановления и улучшения

адекватного коронарного кровотока в пораженных сосуда, таким образом удлиняет продолжительность жизни многих больных (Карпов Ю.А., 2010).

Одной из главных задач данного метода является восстановление нормального функционирования человека, повышение качества жизни и возобновление трудовой деятельности больного (Акчурин, Р.С., 2010; Бокерия Л.А. и соавт., 2006; Демченко Е.А., 2014; Жанатаева Л.Л., 2012). В настоящее время реваскуляризацию миокарда называют одним из самых эффективных и перспективных методов лечения ИБС. Американские исследования по сопоставлению эффективности фармакотерапии и операции КШ свидетельствует о выгодном преимуществе хирургического лечения в независимости от функционального класса стенокардии: «десятилетняя выживаемость пациентов составила 27% при медикаментозном лечении и 46% – после КШ (при фракции выброса менее 35%) и 50% и 62% соответственно (при фракции выброса 35–50%)» (Velazquez E.J., 2004). Российские исследования последних десятилетий также подтвердают преимущества хирургических методов лечения (Бокерия Л.А. и соавт., 2001; 2002а; Наумова А.В., 2010; Мамаев Х.А-К., 2011). Широкий спектр исследований, проведенных российскими кардиохирургами подтвердил правомерность выполнения коронарного шунтирования у больных ИБС (Бокерия JI.А. с соавт., 2001; 2002а; Панов А.В. с соавт., 2007; Наумова А.В., 2010, Мамаев Х.А-К., 2011). Например, Л.А. Бокерия с коллегами отмечают, операции на сосудах сердца (такие как: коронарное шунтирование (КШ), чрескожные вмешательства на коронарных артериях) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) у большинства прооперированных больных не только улучшали качество жизни пациентов, но и в некоторых случаях позитивно влияли на прогноз лечения (Бокерия с соавт., 2012). При наблюдении пациентов в течение года после операции по прямой реваскуляризации миокарда в виде коронарного шунтирования, доказана эффективность данных методов, так как они способствовал снижению функционального класса стенокардии в 86,5% случаев. Также выявлена целесообразность применения оперативных методов лечения среди больных с ИБС, отягощенной постинфарктной аневризмой левого

желудочка, хронической сердечной недостаточностью или проявлением ишемической кардиомиопатией, так как в послеоперационном реабилитационном периоде возможность проявления тяжелых осложнений невелика. (Панов А.В. с соавт., 2007, с. 35) До сих пор не решена проблема с возникновением осложнений после операции коронарного шунтирования (Козлов К.Л., Семиголовский Н.Ю., 1999; Арутюнян Л.А., 2010). Зачастую причину этого связывают с популяризацией данного вида операций среди больных старшей возрастной группы и среди пациентов, страдающих сопутствующими заболеваниями в тяжелой форме (Козлов К.Л., 2000; Арутюнян Л.А., 2010). Полученные данные подтверждают постоянную потребность в совершенствовании подходов к данной категории больных и дальнейшее изучение способов понижения встречаемости послеоперационной смертности и развития осложнений. Однако, в последних исследованиях описаны ситуации, когда после операции КШ возникал рестеноз артерий - новое патологическое состояние , которое акад. Ю.Н. Беленков окрестил «ахиллесовой пятой» реваскуляризации миокарда, (. потому что оно может приводить к необходимости повторного вмешательства Беленков Ю.Н. с соавт., 2002; 2007; Sousa J.E. et al., 2003). По зарубежным данным, возобновление проявлений стенокардии в течение года отмечено у 30% пациентов, через 3 года — 46%, спустя 8 лет у 50% – (Frey R.R. et al., 1984).

Реабилитация больных ИБС, перенесших операцию на сосудах сердца

Популярность операций по реваскуляризации миокарда растет, что означает, что всё больше пациентов подвергается хирургическому вмешательству и проходит через все составляющие кардиологической реабилитации. Само переживание сердечно-сосудистого заболевание является стрессовым фактором для человека, соответственно операция и последующий комплекс процедур по восстановлению становится для человека кризисным периодом, когда весь организм работает над преодолением негативных переживаний связанных с болезнью.

Кардиореабилитация (в описании Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации) – это скоординированное, многофункциональное вмешательство, целью которого является улучшение физического, психологического и социального функционирования пациентов с ССЗ, стабилизацию, замедление развития или регресс атеросклеротического процесса, и, благодаря чему, снижается заболеваемость и летальность от сердечно-сосудистых заболеваний, (KatritsisD.G., IoannidisJ.P., 2005). Следовательно, с целью повышения эффективности вторичной профилактики целесообразно создание проектов по реабилитации кардиологических больных (Bjarnason-WehrensB., 2009).

Основоположниками кардиореабилитации в России стали отечественные учёные Е. И. Чазов, Д. М. Аронов. Отечественная кардиореабилитация характеризуется стремительным и результативным государственным внедрением в практическую медицину и развалом во времена социально-экономического кризиса (Аронов Д.М. и соавт., 1977; Чазов Е.И., 2008) В 60-е годы XX века Всемирная организация здравоохранения выступила с инициативой создания программы и практическими предложениями по основанию кардиологической реабилитации в развитых и развивающихся странах. В России основную работу над созданием программы кардиореабилитации взял на себя НИИ кардиологии им. А. Л. Мясникова (в настоящее время – ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России). Е. И. Чазов, который на тот момент был директором данного комплекса, создал первое отделение реабилитации кардиологических больных в России и начал формирование научной основы и создание практических кардиореабилитационных методов. В России базой для реализации государственной системы поэтапной реабилитации больных острым ИМ и после КШ легли широкомасштабные, упешно законченные, клинические исследования (Аронов Д.М., Бубнова М.Г., 2013).

Показания к кардиореабилитации

Американская ассоциация сердечно-сосудистой и легочной реабилитации и Американская ассоциация сердца, привели основные составляющие современной

программы кардиореабилитации и вторичной профилактики, создали принципы выявления, лечения и профилактики ССЗ. Основными компонентами, на их взгляд, являются: оценка объективного статуса больного, контроль физической активности, регулярные тренировки, отказ от вредных привычек (алкоголь, курение), правильное, сбалансированное питание, контроль веса, управление стрессом, коррекция сексуальной дисфункции, психологическая помощь, снижение влияния факторов риска (Balady G.J. and al., 2007; Thomas R.J., and al., 2007).

Показания к кардиореабилитации разнятся в различных культурах и странах, что может быть взаимосвязано с различиями в оснащеннсти необходимыми ресурсами и разницей в организации системы здравоохранения.

Общепринятые показания для кардиореабилитации:

• инфаркт миокарда;

• стабильная стенокардия;

• операция по коронарному шунтированию;

• коррекция клапанов сердца;

• коронарная ангиопластика;

• трансплантация сердца или комплекса сердце–легкие (Stewart K.J., Badenhop D., Brubaker P.H. etal., 2003).

Также, в программу кардиологической реабилитации, благодаря исследованиям M. J. Sullivan и соавт. (1988), была включена группа больных ХСН II и III функциональных классов, что является значимым достижением, т.к. ранее проведение кардиореабилитации у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) было значительно ограничено (M. J. Sullivanetal., 1988; Zwisler A.D.,et al., 2008). Физиологические показатели пациентов заносятся в индивидуальный протокол тренировок. В программу кардиореабилитации также включают больных атеросклерозом периферических сосудов сердца, потому что у большей их части есть диагноз ИБС (Pande R.L. et al., 2011; Scrutinio D., Giannuzzi P., 2008). Противопоказания к кардиореабилитации сохраняются только в области

физических упражнений, в то время как другие составляющие программы могут выполняться и дальше.

В России кардиореабилитация реализуется в рамках федерального закона «Об основах здоровья граждан Российской Федерации», принятого в ноябре 2011 г., и направленного на организаци многофункциональных центров реабилитации с отделениями стационарного пребывания и диспансерно-поликлиническими отделениями разного профиля: кардиологического, неврологического, травматологического, а также онкопатологии и перинатология. А также приказами Министерства здравоохранения РФ «О порядке организации медицинской реабилитации» и «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (2012 г.) Согласно данном законодательным актам предусматриваются 3 этапа кардиореабилитации.

Первый этап: в острой стадии заболевания, реабилитация начинается ещё в блоке интенсивной терапии, данный этап проводится в кардиологических отделениях стационаров.

Второй этап (стационарный) необходимо реализовывать в условиях специализированного кардиореабилитационного отделения либо мультидисциплинарного центра реабилитации. Данный этап, на сегодняшний день, реализует программу реабилитации на базе дневных стационаров, а также за счет санаториев и пансионатов с санаторно-восстановительными программами для населения.

Третий этап кардиореабилитации (поликлинический) – наиболее значимый, так как он реализуется в течении всей жизни пациента и на данном этапе необходим мультидисциплинарный подход. В данном периоде, на фоне комплексной фармакотерапии также используют планы физических тренировок, «школы для больных», психологической коррекции и реадаптации, обучения больных и их близких особенностям питания, изменениям факторов риска, поддающихся коррекции (гипер- и дислипидемия, ожирение, артериальная гипертензия, низкий уровень физической активности, отказ от курения и пр.) (Аронов Д.М., Бубнова М.Г. 2013; Гальцева Н.В., 2015).

Тема госпитального, санаторного и амбулаторно-поликлинического этапов кардиореабилитации стала одной из важных аспектов исследований многих авторов, как врачей, так и психологов (Замотаев Ю.Н., 2000; Климко В.В., Аграненко В.С., 2001; Кохан Е., Быков В., 2003; Крюков Н.Н. с соавт., 2010; Потылицина Н.М., 2008; Hewson M.G., 1993). В различных исследованиях доказана эффективность реабилитации с клинической и экономической точки зрения (Лубинская Е.И. с соавт., 2012; Лубинская Е.И., 2013; Engblom E. et al., 1997). Эффективность лечения ИБС для пациентов заключается не только в купировании симптомов болезни, устранении коронарной угрозы, увеличении продолжительности жизни, но и в улучшении психологического состояния и повышении качества жизни в течении всего периода лечения и реабилитации (Козлов К.Л., Семиголовский Н.Ю., 1999; Шляхто Е.В. с соавт., 2001). Снижение психоэмоционального напряжения, отказ от вредных привычек, контроль веса, физическая активность, постоянный контроль за АД и соблюдение правил сбалансированного питания: всё перечисленное является факторами риска ИБС, снижение их влияния, на данный момент, считается эффективной профилактикой ИБС (Захаров В.Н., 2001; Крюков Н.Н. с соавт., 2010; Оганов Р.Г., Погосова Г.В., 2007; Оганов Р.Г. с соавт., 2007; Шляхто Е.В., 1988).

Однако, ряд исследователей отмечает объективные недостатки в лечении и пробелы реабилитационного процесса например, недостаток информационной и психологической помощи, а также оптимизация методов сочетания фармакотерапии и психологической коррекции (Данилов Д.С. 2008; Янковская Е.М., 2008; Змановская Е.В., Рыбников В.Ю., 2010; Зубарева О.А. 2015).

1.2 Психологические характеристики больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию на сосудах сердца

В последние десятилетия психологические факторы в развитии, лечении и профилактике ИБС стали неотъемлемой частью изучения данной нозологии со

стороны многих врачей и психологов (Березин Ф.Б. с соавт., 1998; Соложенкин В.В., 2003; Вассерман Л.И. с соавт., 2011).Современный уровень развития знаний в области психокардиологии позволяет с уверенностью говорить о необходимости учитывать психологический аспект для достижения наилучших результатов в лечении и реабилитации больных с ССЗ, а именно: особенности эмоциональной сферы, личностной и факторы приверженности лечению. По ряду разных причин в кардиологии особое значение приобрели психосоматические связи и их роль в возникновении заболеваний, и в процессе их лечения, что вызывает к ним интерес со стороны многочисленных исследователей (Бауманн У., Перре М., 1998; Мельченко Н.И. с соавт., 2011; Albus C., 2010; Vaccarino V., Bremner J.D., 2012). ИБС многие ученые рассматривают уже как на «болезнь цивилизации» — из-за колосального влияния на вызываемые ею социально-экономические и медицинские проблемы. Выявлено воздействие психологических факторов на этиопатогенез, лечение и профилактику ИБС (Арутюнян Б.М. с соавт., 1982; Мелентьев И.А., 1994; Белялов Ф.И., 2002; Гафаров В.В. с соавт., 2006; Смулевич А.Б. с соавт., 2005; Винокур В.А., 2008; Алёхин А.Н. и соавт., 2012; Сирота Н.А., Московченко Д.В., 2015; Perk J. etal., 2012).

Психоэмоциональные особенности пациентов, по данным ряда представленных исследователей, оказываются не менее значимыми, чем клинические факторы. В соответствии с современными представлениями понятие “психосоматические расстройства” обозначает линии пересечения симптомокомплексов психической и соматической сферы, находящихся в различных коморбидных соотношениях (Смулевич А.Б., 2005). В представлении о психосоматических отношениях психические факторы действуют только совместно с известными соматическими факторами риска (артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, избыточная масса тела и пр.) (Perk J. etal., 2012). Определены варианты таких связей: 1 - психоэмоциональные нагрузки оказывают прямое влияние на коронарное кровообращение, проницаемость эндотелия и (через катехоламины) непосредственно на сердце; 2-психосоматические влияния существенны для возникновения артериальной

гипертонии; одновременно они оказывают влияние на обмен жиров и вызывают как общий атеросклероз, так и атеросклероз коронарных сосудов (Helgeson, V. S., Fritz, H. L., 2009). Факторы влияющие тем или иным образом на возникновение сердечно-сосудистого заболевания укладываются в широко известную биопсихосоциальную модель в области психологии здоровья и медико-биологических исследований (Engel G.E., 1980; Hatala A.R., 2012).

Психоэмоциональное состояние

Многочисленные исследования последних лет доказали существенное влияние психологических факторов на появление и протекание сердечно-сосудистых заболеваний (Бокерия Л. А., и соавт., 2012). Традиционно в клинике ИБС изучаются эмоциональные состояния (прежде всего тревоги и депрессия) больных с различными вариантами ИБС (Качковский, 2005; Смулевич, 2007; Cameron, 2003; Fleet, 2000); проявления страха (O'Malley, P. G., etal., 2000; Echteld, M. A., van Elderen, T., van der Kamp, L. J., 2003). Система кровообращения крайне реактивна и в равной степени чутко откликается изменениями в работе сердца при внешнем выражении или подавленные чувств как позитивных, так и негативных (Mona P., et al., 2003, Kravvariti E., 2010). Проявления враждебности, злобы, агрессии по данным Gallo L.C., Ghaed S.G., Bracken W.S., (2004) тесно взаимосвязано с повышенным риском возникновения сердечно сосудистых заболеваний, в том числе и личностный тип А как особенности личности таких больных и значимый поведенческий фактор риска и патогенеза ИБС - «особый и довольно специфический тип эмоциональной активности». По данным нескольких исследователей, люди, имеющие характерологические особенности, присущие типу А, страдают от ИМ значительно чаще, чем те, кто имеет черты обратные типу А, т.е. свойственные, так называемому, типу В. Следовательно, сразу несколько ученых, занимавшихся разработкой данной проблематики, пришли к выводу, что поведенческий тип А является патогенным по отношению к возникновению ИБС (Бэрон, 1998, Положенцев, 1990; Языкова, 1990; Smith, T. W., &Ruiz, J. M., 2002). Важно сказать, что данная закономерность отмечена

далеко не всеми исследователями. М. Фридман и соавторы (Friedman H.S., Booth-KewleyS.,1987) в своей статье дали описание комплекса «личностных» характеристик людей, склонных к заболеванию ИБС. таким людям свойственна высокая мотивация достижения успеха, они стремятся к признанию, стремятся к постоянным соревнованиям и конкуренции, непрерывно принимают участие в многообразии разных типов деятельности, при этом находясь в постоянной нехватке времени. Также людям типа А присуще постоянно находится в состоянии физической и психической готовности к действию при ведении достаточно малоподвижного образа жизни, при его общем высоком темпе, но зачастую с размытыми целями и склонностью к злоупотреблению вредными привычками (табакокурение, употребление алкоголя, пищевые аддикции).

Наиболее пагубными эмоциональными проявлениями в психокардиологии принято считать тревогу и депрессию. Специфика переживания тревоги у больных ИБС заключается в тревожной оценке перспективы: прогрессировании болезни, возможном развитии рецедива, повторном инфаркте миокарда, чреватого как тяжелыми осложнениями, опасными для жизни, так и непосредственно летальном исходе. Если пациенту с ИБС предстоит оперативное вмешательство, то среди ситуационных факторов на первый план выходит томительное ожидание операции. Особо патогенными триггерами, запускающими тревожные переживания являются: неопределенность срока, перенос даты плановой операции, сомнения в возможности благополучного исхода (Mayou R. et al., 2000). Также предоперационную тревогу может значительно усиливать чувство потери контроля над ситуацией (Vingerhoets G., 1998). В исследованиях сопутствующих ССЗ тревожных переживаний за последние годы Л. А. Бокерия и М. Г. Киселева (2011) указывают, что повышение тревоги у оперируемых пациентов, взаимосвязана с замедленным заживлением раны, повышением риска инфицирования, электролитическим дисбалансом и повышенным ответом иммунной системы. По данным В.А. Винокур отмечены «активные взаимоотношения между интенсивностью соматизации тревоги и уровнем повышения артериального давления, что наблюдается уже на стадии

транзиторной гипертензии и сохраняется при ее стабилизации», что говорит о том, что тревожные переживания часто выступают в роли одних из важных звеньев патогенеза соматических расстройств, поскольку сама тревога теряет свою первоначальную адаптивную функцию для организма человека (Винокур В. А., 2008, с. 189).

Киреева С. А. и Окнянская Ю. Б. (2015) описали своего рода «порочный круг»: пациенты, высоко оценивающие значимость своей болезни и имеющие высокую личностную тревожность. Таким образом, их переживания по поводу своего здоровья, зачастую основанные на преувеличении значимости самого заболевания, нагружают организм вегетативными проявлениями тревоги такими как тахикардия, отдышка, повышенное потоотделение, усугубляя тем самым картину болезни. Кроме того, обнаруживается корреляция степени самоуверенности пациента с его оценкой значимости заболевания. У кардиологических больных, подвергшихся хирургическому лечению, тревожные и депрессивные переживания считаются наиболее значимыми и независимыми факторами неблагоприятного клинического и социального прогноза (Смулевич А. Б. с соавт., 2005).

Исследование депрессивных состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях является одной из самых актуальных тем изучения в последние годы. Данные клинико-эпидемиологического исследования Р.Г. Оганова и соавторов, по изучению депрессии в общесоматической практике демонстрируют, что чаще всего (в 61% случаев) депрессивные расстройства наблюдаются уболльных хронической сердечной недостаточностью, у 54% - после перенесенного ИМ и в 52% случаев при артериальной гипертензии (АГ); при этом среди 20-25% обследованных пациентов были выявлены депрессивные переживания, квалифицируемые как тяжелая депрессия (Оганов Р. Г. с соавт., 2004). По данным других исследований распространенность депрессивных состояний у больных в постинфарктном периоде может возрастать до 40-65%, в 18-25% случаев у больных развиваются тяжелые депрессии, которые длятся не менее года. Важно отметить, что распространенность депрессии в общей

популяции составляет около 5-11% (Бокерия Л. А., Киселева М. Г., 2011). В то время как у больных ССЗ распространенность депрессий варьирует от 18 до 60%. При сочетании ИБС и депрессивного расстройства, ухудшается прогноз каждого из них. (Смулевич А. Б. с соавт., 2005).

В современной медицине депрессия - это психическое расстройство, характеризующееся патологическим снижением настроения (гипотимией), нарушениями мышления в виде преобладания негативистичных суждений, пессимистичным взглядом на своё настоящее и будущее и негативной оценкой самого себя (Смулевич А. Б., 2001). По мнению В.А. Винокура, при наличии депрессивной симптоматики в несколько раз возрастает количество внезапных сердечных смертей, чем при ее отсутствии, что может говорить о прогностическом значении депрессии (Винокур В. А., 2008). Зарубежными исследователями было установлено, что депрессия имеет прогностическое значение в отношении риска смерти также при развитии острого ИМ (Penninx B. W. J. et al., 2001). Многие исследования также установили, что депрессивные переживания является фактором риска не только развития ИБС, но и оказывают значительное влияние на социально-трудовой прогноз заболевания, что в свою очередь оказывается значимым фактором оценки значимости своего заболевания пациентами с ИБС (Бокерия Л. А., Киселева М. Г., 2011; Rozanski A. et al., 1999).

С развитием и популяризацией хирургических методов лечения ИБС, ещё в прошлом десятилетии, возник особый интерес исследователей к изучению патологического влияния депрессивных переживаний на клинико-психологическое состояние пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца. В первую очередь, это было взаимосвязано с распространенностью депрессий в предоперационном периоде. Среди пациентов, перенесших кардиохирургическую операцию депрессивные проявления наблюдаются среди 27–47% (Pignay-Demaria V., 2003). По данным A. Shimbo (2005), присутствие депрессивного состояния перед операцией может предопределить возникновение психологических проблем в постоперационном периоде и оказывает негативное воздействие на процесс выздоровления в целом. Наблюдаемые в послеоперационном периоде факторы:

отсутствие поддержки со стороны окружающих, наличие стрессовых событий (даже 1 за последний год), низкий уровень образования, средняя и сильная одышка можно отнести к предикторам возникновения депрессий (Shimbo A., 2005).

Важно отметить, что на данный момент нет данных, утверждающих, что психотерапия и/или фармакотерапия депрессивных расстройств снижает риск смертности от ИБС. Однако, есть достоверные данные, подтверждающие влияние депрессивных переживаний на снижение уровня качества жизни и нарушение социальную адаптации, что в свою очередь может оказывать воздействие на течение заболевания в постинфарктном периоде и приводить к повышенной преждевременной летальности (Долженко М. Н., 2006).

Личностные особенности

В современном мире, складывается тенденция к междисциплинарному подходу в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) и многие авторы сосредоточились на исследование личностных особенностей больных с кардиопатологией в рамках изучения факторов, влияющих на эффективность реабилитации и восстановительного лечения. Впервые некоторые особые характеристики личности больных стенокардией и с ИМ выделил W. Osler (1910), он выделил следующие черты отличия кардиологических больных от больных с невротическими расстройствами: сила, уверенность в себе, энергичность и честолюбие. На его взгляд, причиной атеросклероза сосудов являются перегрузки, вызванные нестабильным психоэмоциональным состоянием, каждодневными стрессами и повышенным напряжением. F. Dunbar (1948), изучив множество пациентов с различными заболеваниями пришла к выводу, что личностные профили больных с одной и той же нозологией сходны. Данная идея послужила основой концепции "констелляции личностных черт" и в дальнейшем, после многочисленных исследований, Ф.Данбар описала концепцию профиля личности, считая, что эмоциональные реакции это производные личности, соответственно по типу личности можно спрогнозировать определенное соматическое заболевание. Она описала несколько типов, в том числе: коронарный

(повышенная агрессивность, раздражительность, стремление к лидерской позиции и победам, враждебность и др.), гипертонический (повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, выраженная потребность к одобрению со стороны окружающих, подавление ярости и др.); аллергический (неудовлетворенная потребность в любви и защите, повышенная тревожность, конфликтное сочетание стремления к зависимости и независимости одновременно и др.); склонный к повреждениям (тенденция к аутоагрессии). Следует отметить, что по ее мнению, у кардиологических пациентов отмечается высокая выраженность подавления внутренних побуждений, в результате чего развивается длительное эмоциональное напряжение.

В настоящее время многие ученые, изучающие роль личностных черт в развитии заболеваний признают наличие психосоматического (поведенческого) типа А, впервые выделенного в исследованиях M.Friedman. Так называемый тип А или коронарный тип личности, характеризуется такими чертами как: амбициозность, конкурентность, честолюбие, нетерпеливость, склонность к доминированию и контролю за всем окружающим. Данный тип представляет собой сочетание черт, которые стимулируют к достижению успеха в любой сфере. Человек с такими чертами стремится к достижению цели и признанию, настойчивости, неумении отдыхать и частой неудовлетворенностью выполненной работой. (Friedman M., 1987). Враждебность и агрессию в психокардиологии часто относят к основным психологическим факторам, взаимосвязанным с соматическим состоянием здоровья. В исследованиях, посвященных враждебности, зачастую в качестве синонимов используют такие слова, сходные с ним по значению, как: агрессия и гнев. Однако, существует и иная точка зрения - что провести четкие границы между данными проявлениями сложно: враждебность необходимо рассматривать как комплексное устойчивое свойство личности, подразумевающее обесценивание личностных качеств и потребностей окружающих, ощущение противопоставления себя другим и желание нанесения им определенного вреда (Винокур В. А., 2008). По концепции Ф. Александера гипертоническая болезнь характеризуется как заблокированная агрессия, т.е.

люди страдающие гипертонической болезнью изначально имеют высокий уровень враждебности в сочетании с высокой нормативностью и самоконтролем. Таким образом, от сдерживания стеничных эмоций растет психоэмоциональное напряжение, которое на физиологическом уровне способствует повышению мышечного тонуса сосудов и провоцирует периодические подъемы АД (Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2016).

Важное место среди психосоматических теорий личностных черт в последние десятилетия занимает явление алекситимии. Сама концепция данного понятия получила широкое распространение как один из значимых факторов риска возникновения ИБС. Алекситимия подразумевает комплекс когнитивно-аффективных свойств личности, заключающийся в неспособности к эмоциональному отреагированию, вербализации своих эмоций, которое сочетается с «оперативным мышлением» (Sifneos P. E., 1972) и предполагает некоторые конкретные когнитивные нарушения, предположительно конституционально обусловленные. В. М. Провоторова с соавт. (2001) в своём исследовании установили, что среди пациентов с ИБС часто встречается алекситимия. По мимо этого, авторы отмечают, больные ИБС с алекситимией также характеризуются такими чертами характера как: тенденция к ипохондрическому развитию личности с появлением сенестопатий, сниженный контроль над эмоциями, недостаточный уровень осознанности эмоциональных проявлений, склонность к депрессивному типу реагирования в условиях стресса, большая подверженность действию различных стрессоров. По данным другого исследовании установлено, что алекситимические черты личности присутствуют у 44,3% кардиохирургических больных в предоперационный период. На основании представленных данных, можно говорить о наличии у данной группы больных трудностей в определении и вербализации собственных эмоций и чувств; проблем в дифференциации между чувствами и ощущениями в теле; а также оскуднении образного воображения и фантазии, что свидетельствует о снижении способности к символизации, фокусировании в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Представленные результаты

различных исследований дают основание полагать, что алекситимию следует рассматривать как фактор риска возникновения и развития ИБС (Еремина Д. А., 2014).

Важными особенностями личности кардиологических больных являются также поиск и выбор стратегии совладания с психологически травмирующей ситуацией заболевания, в которой оказываются люди с ишемической болезнью сердца. Так например, по данным Е.Р.Исаевой, "больных с ИБС отличает слабость большинства механизмов психологической защиты. В репертуаре совладающего поведения больных с ИБС активно используются копинг-стратегии дистанцирование, поиск социальной поддержки, планомерное решение проблем. Самоконтроль и конфронтация у больных с ИБС несколько выше, чем у больных без ИБС. Это еще раз подтверждают роль личностного фактора в развитии и характере течения болезни. В частности, указанный стиль преодоления стресса в большей степени отражает личностную диспозицию и ассоциируется с описанным в литературе типом А". По полученным данным, автор пришла к выводу, что тяжесть психосоматического заболевания имеет тесную взаимосвязь с личностной диспозицией больного, в том числе его стилем психологической адаптации (Исаева Е.Р. 2009). Горьковая И.А., Сорокин Л.А. и Зубарева О.А. (2015) выделяют пять факторов совладания с кризисной ситуацией манифестации болезни у мужчин с кардиопатологией: «неадаптивное реагирование на болезнь», «рациональное или эмоциональное реагирование на болезнь», «принятие или делегирование ответственности за здоровье», «отрицание или уход в болезнь», «неадаптивное совладание с кризисной ситуацией». Более того, авторы выявили различия в совладающем поведении мужчин перенесших инфаркт миокарда и мужчин с нестабильной стенокардией. Факторы совладания, наблюдающиеся у мужчин с инфарктом миокарда отражают значимость эмоциональных переживаний в возникшей кризисной ситуации. Больные с инфарктом миокарда для успешного преодоления, главным образом, используют контроль своих эмоциональных и поведенческих проявлений. А у мужчин с нестабильной стенокардией факторы совладания отражают стремление справиться с возникшей

кризисной ситуацией, что проявляется в отрицании болезни, поиске социальной поддержки, уходе от болезни в другие сферы жизнедеятельности (чаще в работу). Мужчины с инфарктом миокарда в вопросах, связанных со здоровьем, либо полностью делегируют на окружение ответственность за здоровье, либо исключают социальную поддержку. Мужчины с нестабильной стенокардией, наоборот, чаще обращаются за поддержкой к окружающим, для преодоления кризисной ситуации. Д.А. Ерёмина отмечает, что жалобы на состояние здоровья у больных ИБС в основном касаются чувства усталости, головных болей, плохого сна. Наиболее обращающей на себя внимание жалобой психологического характера является неверие больных в собственные силы, ощущение невозможности хоть немного приблизиться к тому образу жизни, который они вели до болезни. (Д.А. Ерёмина, 2013)

Приверженность лечению

Согласно определению ВОЗ, приверженность лечению определяется обращением больного за медицинской помощью и дальнейшее поведение в соответствии с рекомендациями врача: ответственное отношение к приему лекарств, строгое соблюдение предписаний в виде здорового питания, ведение здорового образа жизни и т.д. (World Health Organisation, 2003). Как правило, оценка приверженности осуществляется с применением индекса использования препарата, измерение объективных показателей по биохимическим анализам биологических жидкостей, а также сопоставляются самоотчеты пациентов и клинические шкалы, которые заполняются врачом (например: шкала комплаенса). Более того, важен продуктивный контакт врача и пациента, которые положит начало формированию терапевтического альянса, так как роль врача в данном аспекте лечения не ограничивается вынесением рекомендаций, а роль пациента их безучастным получением. Достижение стопроцентной приверженности - идеальный результат, такой результат крайне трудно достичь почти при любом хроническом заболевании (Морозова Т. Е., Юдина И. Ю., 2010). Считается, что если больной на 20% меньше или на 20% больше дозы назначенных на долгий

период медикаментов, то его приверженность лечению можно назвать неудовлетворительной.

Яковлева М.В., Лубинская Е.И. Демченко Е.А. (2015), для объективизации оценки степени приверженности пациентов лечению после реваскуляризации миокарда методом КШ, считают перспективным изучение внутренней картины болезни (ВКБ) пациентов. Авторы пришли к выводу, что помимо выполнения предписаний по фармакотерапии также важно отказаться от вредных привычек (главным образом от употребления алкоголя и курения), а также придерживаться прописанных рекомендаций по питанию и физической нагрузке. Изучение структуры ВКБ больных, перенесших КШ показало, что типы отношения к болезни у данной категории больных характеризуются сохранной способностью к психической и социальной адаптации. Так, например, самый распространенный среди пациентов эргопатический тип отношения к болезни проявляется различиями в приверженности лечению, так как при этом типе свойственно "уходить в работу", отказываться от принятия на себя "роли" больного и стремиться преодолеть заболевание сохраняя активное повседневное функционирование. Важно отметить, что ВКБ является ведущим фактором влияния на создание у пациента правильной установки на начало и продолжение лечения, которая нарушается при деформации ВКБ. Когда тяжесть заболевания не достаточно очевидна для больного, то могут встречаться реакции полного отрицания факта заболевания и необходимости лечения, в таком случае практически невозможно обеспечить продуктивность приверженности лечения и должного выполнение всех медицинских назначений и предписаний на всём протяжении лечения. С другой стороны, при неосознанном преувеличении пациентом тяжести своего заболевания, они могут легко соглашаться с предложенной схемой лечения, но спустя время, нарушить терапевтический альянс с врачом, не увидев достаточной, на их взгляд, результативности лечения (Данилов, 2008). Создание терапевтического альянса между врачом и пациентом безусловно взаимосвязано с личностными чертами пациента. Другие исследователи добавляют, что повышения эффективности медико-социальной

помощи больным ИБС, а также условием, способствующим оптимизации качества жизни самих пациентов, считается использование информационных технологий –школ здоровья, коронарных клубов и т.д.(Погосова Г.В. и соавт.,2008)

Помимо работы с комплаенсом и собственным поведением в отношении предписаний, кардиологическим больным необходимо также работать со своими супружескими взаимоотношениями, так как болезнь откладывает неизгладимы отпечаток и на них в том числе. Именно так считают Mahrer-Imhof R., Hoffmann A.и Sivarajan-FroelicherE. (2006). Эти ученые установили, что все пары переживают 'схватку со смертью' в начале болезни сердца, которая призывает их к изменениям в образе жизни. Проявляются три различных модели борьбы с болезнью. Первая показывает, что некоторые пары оценивают болезнь как положительный, преобразующий опыт в своей жизни, в результате чего они становятся ближе друг к другу. Вторая модель показала, что часть пар переживают болезнь как угрозу, которая вызывает страх у обоих партнеров. Испытание болезнью становится взаимной задачей и пара оказывается в новой рутине. Третья модель демонстрирует пары, которые воспринимают болезнь с соболезнованием, они переживают ощущение упущенной возможности, чтобы измениться. Эти пары разочаровываются друг в друге, но возвращаются к той жизни, которой жили до болезни. Из этого авторы делают вывод, что медицинские работники могут использовать информацию, полученную из этого исследования для поддержки пар в их попытках примириться с болезнью, и могут повысить роль поддержки в их усилиях по восстановлению.

Данные, полученные И.А. Зеленской с соавт. в исследованиях 2011 года, демонстрируют преобладание «адаптивных» типов отношения к болезни в числе данной группы пациентов, достигающую 80 % численности обследованного контингента. Частота встречаемости «адаптивных» и смешанных с ними типов отношения к болезни среди приверженных и не приверженных лечению, а также о различиях в составе второй по частоте группе типов (их блоков): относительном преобладании в первой обследованной группе кардиохирургических пациентов

типов с интерпсихической направленностью и во второй – с интрапсихической направленностью (Зеленская И. А. и соавт., 2011). Исследуются влияние личностных смыслов на благополучный прогноз лечебных мероприятий (Николаева В.В., 1987; Hagger M.A., 2003; Штрахова, 2008;). Личностный смысл — значение для человека обстоятельств болезни по отношению к мотивам его деятельности (Громыко Е. В., Соколова Э. А.,2012).

В отношении больных ССЗ «четко показана связь между приверженностью терапии и ее успешностью», однако «…существует огромная пропасть между теоретическим пониманием важности этой проблемы и реальными мероприятиями в практическом здравоохранении, направленными на повышение приверженности к лечению» (Конради, 2007, Shaffer J., 2012, Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю. Г., 2012; Бирюкова Л. А. 2009). Многие современные ученые разрабатывают тему улучшения соблюдения медицинских рекомендаций больными с сердечнососудистой патологией, поиск методов и стратегий повышающих комплаенс (Конради А. О., 2007; Лубинская Е. И. с соавт., 2012). Рядом других авторов также четко установлена взаимосвязь приверженности пациентов терапии и ее успешностью в отношении кардиологических пациентов (Конради А. О., 2007; Шварц Ю. Г., Наумова Е. А., 2005; Митрофанова И. С., Коц Я. И., 2007). Л. А Бокерия считает, что низкая приверженность больных лечению и неполное соблюдение врачебных предписаний - одна из ведущих причин их недовольства качеством лечения (Бокерия Л. А., 2012). В российских исследованиях показано, что в течение 6 месяцев рекомендации врача выполняют 71% пациентов с ССЗ, через год – 22,8%, а через 3 года число приверженных понижается вплоть до 6% (Шальнова С. А., Деев А. Д., 2006). Важную роль в приверженности лечению играет установление терапевтического альянса между врачом и пациентом, а также психокоррекционные воздействия с целью некоторой правки личностных особенностей, формирование адекватного отношения к болезни и создание новых смысложизненных ориентаций.

Таким образом, изучению различных психологических характеристикам больных с ИБС отводится большая роль в структуре исследования данной

нозологии и сопутсвующих ей психоэмоциональных феноменов. Существует большое разнообразие исследований больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, раскрывающих особенности личностных характеристик, особенностей эмоциональной сферы, реакции на болезнь, факторов влияющих на приверженность лечению и прочих исследуемых понятий. Вместе с тем в исследованиях, посвященных данной проблеме, основное внимание уделяется «негативному» аспекту – клиническим проявлениям и факторам эмоциональных и личностных нарушений у больных разных нозологических групп(Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. , 2007). В ряде исследований(P. Dorian, W. Jung, D. Newmanetal. 2000; S.F. Sears, E.R. Serber, L.G. Alvarezetal. 2005;Левичева Е.Н. 2009; показан неоднозначный характер связи между тяжестью заболевания сердца и психическим благополучием пациентов, однако психологическое содержание этого феномена не прояснено и также недостаточно изученными остаются различные аспекты психологического благополучия больных с ИБС.

1.3 Определение психологического благополучия и его детерминант у больных ишемической болезнью сердца

Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения используют понятие благополучия в преамбуле к Уставу ВОЗ, принятому Международной конференцией здравоохранения в Нью-Йорк, 19-22 июня 1946 г. и подписанному представителями 61 страны, где даётся определение здоровья. Здоровье определяется состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. (World Health Organization, 1948) С 1948 г. это определение не менялось, соответственно и в наши дни одним из основных компонентов отражающих здоровье человека является его благополучие.

Психологическое благополучие, как объект научного исследования стало широко распространяться в психологии с середины XX века. Потребность в

изучении вопроса о психологическом благополучия личности актуализировалась с рождением позитивного направления психологии – теоретического конструкта, центром которого является потенциал личности, её ресурсы и возможности позитивного функционирования, вместо изучения нарушений и отклонений от нормы (М.Аргайл, И.Бонивелл, М.Селигман). Центральная концепция позитивной психологии выражается в идее того, что недостаточно освобождения личности от проблем и негативных симптомов болезни для того, чтобы он почувствовал себя благополучным и счастливым. Психологи данного направления считают рациональным выделить в отдельный раздел психологических исследований изучение закономерностей оптимальной деятельности и благополучной жизни.

Однако, представления о благополучии человека существовали ещё с древних времён. Зачастую оно связывалось и соотносилось с иными понятиями и определениями, такими как «счастье», «удовлетворённость», «качество жизни» рассматривалось как важный аспект ещё в трактатах древнегреческих философов. Основными концепциями античной философии, которые рассматривали понятие счастья и благополучия личности с позиции определения различных сторон человеческого бытия, являются эвдемонизм, стоицизм и гедонизм. Аристотель и Платон, как представители эвдемонизма сопоставляли счастье с владением добродетелью. Ведущей целью жизни человека, в представлении гедонистического направления философии, считается достижение удовольствия, счастья и постоянной радости. Представители стоицизма: Марк Аврелий, Сенека, Эпиктет, ключевым фактором переживания счастья считали внутреннее состояние человека. В дальнейшем, И. Кант писал, что в человеке природой заложено влечение к благополучию и счастью, однако рациональное природное начало ограничивает человека во влечении к удовольствию и побуждает следовать правилам. В представлениях А. Шопенгауэра и Ф. Ницше локус внимания философской мысли вновь возвращается к природному стремление личности у удовлетворению собственных потребностей и саморазвитию. Представители экзистенциального направления (Э. Фромма, В. Франкл) сходятся на мнении, что счастье обретается человеком в личностной борьбе, когда человек

справляется с различными трудностями жизни и реализует собственную индивидуальность. Е.А. Мишутина резюмирует различные философские представления о счастье, говоря о том, что в пределах социально-философского знания понятие счастья может быть определено представлением о «желаемом состоянии бытия». Это шаблон или образец, образ того, какими «должны быть» мир и человек, который задан социумом. В нем представлен набор условий, жизненных задач для человека и мира в целом которые необходимо решать в процессе индивидуальной жизни (Мишутина, Е.А. 2008). Счастье рассматривают как процесс и как результат, обусловленный действием ряда объективных и субъективных факторов (Джидарьян, И.А.,2000; Аргайл, М. 2003).

В психологических концепциях, направленных на изучение закономерностей развития личности и факторов обуславливающих её благополучие по сути своей отражается многогранность восприятия понятия счастья и его интерпретаций в философии. На основании теоретического фундамента отдельных концепций формулируются различные предложения и способы достижения благополучия личности и её психологического излечения. Однако, несмотря на все попытки разделения и дифференциации всех существующих направлений, всё ещё остаются некоторые области пересечения их взглядов на проблему определения благополучия личности. Термин непосредственно психологического благополучия появился относительно недавно и стал объектом исследования отечественных и зарубежных психологов и социологов. На данный момент, существует потребность в дальнейшем исследовании взаимосвязей различных определений, характеризующих позитивное функционирование личности, т.к. не существует единообразия в характеристике данного термина, его содержания и структуры. А также в дальнейшей проработке теоретического фундамента понятия благополучия личности для возможности определения и обоснования мишеней психологической работы с психологическим неблагополучием на практике.

Само представление о психологической благополучии личности вплотную связана с воззрениями на понимание полноценного и гармоничного бытия

личности человека в различных философских школах, с ключевыми представлениями относительно понимания личности, её развития и структур в психодинамическом подходе (З. Фрейд, К.Г. Юнг, Э. Фромм, К. Хорни,А. Адлер, Дж. Боулби, Э. Эриксон), а также с психологической концепцией позитивного функционирования человека, которая берёт своё начало в теориях экзистенциально-гуманистического направления психологии (Дж. Бьюдженталь, А. Лэнгле, А. Маслоу, Р. Мэй, К. Роджерс, В. Франкл) и в его современном ответвлении - позитивной психологии (И. Бонивелл, М. Селигман, М. Чиксентмихайи, П. Вонг). В экзистенциально-гуманистическом подходе, составляющими благополучного и позитивного жизненного функционирования являются: постоянное развитие и конструктивное преобразование личности, её самореализация. В базисное представление о психологическом благополучии заложена идея постоянной потребности человека к развитию и самоактуализации и способности к её реализации. По мере реализации данной потребности человек переживает удовлетворённость и психологическую целостность собственной личности. (Л. Бинсвангер, М. Босс, Дж. Бьюдженталь, Д.А. Леонтьев, Р. Лэйнг, А. Лэнгле, А. Маслоу, А. Меркурио, Р. Мэй, К. Роджерс, В. Франкл), здоровые, открытые и искренние межличностные отношения (К. Роджерс, Р. Мэй, И. Ялом), открытость к переживаниям и спонтанность реализации личности (А. Маслоу, Р. Мэй, К. Роджерс), наличие смысла и целей в жизни (Д.А. Леонтьев, А. Лэнгле, В. Франкл), осознание внутренней свободы и ответственности (Дж. Бьюдженталь, А. Лэнгле, В. Франкл), гармоничный баланс базовых диалектических дихотомий «Вместе, но не слиянно» (Дж. Бьюдженталь), «Я и Мир» (Р. Мэй), «Ты-и-Я» (М. Бубер, К. Роджерс).

З. Фрейд хоть и не использовал напрямую термин благополучие, но предполагал основными условиями удовлетворенности жизнью (термин часто соотносимых по содержанию), внутреннее ощущение любви, адекватный уровень интеллекта и ценную для него работу для возможности получения больше удовольствия и удовлетворения от жизни (Фрейд, З. 1990). А. Адлер добавляет дружбу в набор компонентов благополучности, как важнейшее качество и умение

личности: «Любая ценность человека определяется его отношением к ближнему и той долей труда, необходимого для совместной жизни, которую он на себя берет. Благодаря своей работе на пользу этой совместной жизни он становится ценным для других человеческих существ, звеном в великой цепи, которая связывает общество, в цепи, повредив которую нельзя не повредить человеческому обществу» (Адлер А., 2011). К.Г. Юнгу считал индивидуацию, (т.е. становление единого, цельного, уникального индивида) - ведущей целью развития личности и в результате приобретение ею наиболее благополучного и гармоничного состояния. Здесь индивидуация выступает как итог самореализации, в процессе которой она и осуществляется (Юнг, К.Г. 1994).Благополучность личности по К. Хорни измеряется в той степени, в которой она способна стать целостной, спонтанной и самоидентичной, устанавливающие значимые отношения с другими людьми (Хорни, К., 2006).Мы можем найти здесь и значимые ориентации относительно концепции Э. Фромма, который считал основной целью личности стать наиболее целостной, открытой и ответственной (Фромм, Э. 1992; Фромм, Э., 2008).

Другие акценты существуют в когнитивном и бихевиоральном подходах. В этом аспекте, можно сказать, что человек, выступающий как продукт социальной среды, находится в естественной взаимосвязи с ней, уровень и качеств его благополучия напрямую зависит от того, что социум предлагает ему в качестве образца. Однако, когнитивное направление не отказывает личности в её ответственности за собственное благополучие, полагая человека конструирующим свою среду, в той или иной степени управляя ей.

Наиболее близким к эвдемонистическому направлению становится экзистенциально-гуманистическая ветвь психологии. Здесь акцент делается не столько на болезнях и неврозах личности, как в раннем психоанализе, а скорее на её ресурсах, потенциях и возможностях. Именно личностный рост, саморазвитие и смысл становятся центром существования человека, его базовой задачей (Франкл, В. 2000; Франкл, В., 2001; Бьюдженталь, Дж., 2001; Дружинин, В.Н. 2010). К. Роджерс в своей теории создаёт новый концепт благополучной личности

– полноценно и позитивно функционирующей: «Полноценно функционирующая личность является синонимом оптимальной психологической приспособленности, оптимальной психологической зрелости, полной соответствия и открытости опыту» (Роджерс, К. 1997). Характеризуя такую личность, К. Роджерс называет важными её особенностями открытость переживаниям, осознание жизни в каждый момент настоящего времени, ощущение собственных возможностей и их оценку, вера в собственные силы и адекватность принятых решений.

Высшей целью существования человека А. Маслоу полагал самоактуализацию как полную реализацию личностных талантов, умений и потенциалов (Маслоу, А., 1982). Как определил А. Маслоу, психологически благополучная личность отличается свободой выбора, умением реализовываться в деятельности, эффективно решать поставленные задачи, осознавать и отстаивать собственные границы и ценности, принимающие собственную личность и личность другого. Один из ключевых тезисов данной концепции, обобщающий различные гуманистические теории – люди постоянно стремятся к росту и развитию (Анцыферова, Л.И. 1973). Отдавая приоритет субъективной воле и ответственности, Р. Мэй интерпретирует личностное благополучие в духе экзистенциальной парадигмы, где личность - постоянно меняющаяся система, бытийствующая в мире и осуществляющая поиск личного смысла (Мэй,Р., 2001).

Истоки исследования психологического благополучия как самостоятельной категории мы находим в зарубежных исследованиях, теоретическую базу для которого составили работы Н. Брэдбурна, который ввёл понятие «психологическое благополучие» в научный обиход (Bradburn, N., 1969), определяя его как субъективное ощущение счастья и общей удовлетворенностью жизнью. Однако, он не подразумевал под психологическим благополучием ряд других широко используемых определений, таких как: сила Эго; самооценка; самоактуализация; автономия; но также не отрицал, того, что эти термины могут пересекаться в некоторых аспектах (Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. 2005). Н. Брэдбурн описал модель структуры психологического благополучия, которая представляется балансом, достигаемый переменным преобладанием негативного

и позитивного аффектов. Помимо этого, для описания сути психологического благополучия он ссылается на аристотелевское описание понятия «эвдемония». (Bradburn, N., 1969; Schuur, V., Wijbrandt, H., Kruijtbosch, M., 1995). А.А. Милтс считает, что счастья не ощутить без переживания какого-либо дефицита. Допущение диссонанса, вносит разнообразие в гармонию, так как статичная, закрытая система регуляции может развиваться только благодаря разнице между идеалом и реальностью.(А.А. Милтс., 1990)

Несмотря на то, что изучение феномена благополучия является достаточно распространенным среди современных исследователей, тем не менее на сегодняшний момент не существует единой классификации его составных характеристик. М. Селигман считал, что составными характеристиками благополучия можно считать: 1) вовлеченность; 2) смысл; 3) положительные эмоции; 4) достижения (свершения, победы, успех); 5) отношения с другими людьми (напрямую связаны с остальными элементами, так как привносят смысл в жизнь, сопровождаются либо вовлеченностью, либо положительными эмоциями и связаны с достижениями). Эти характеристики оцениваются объективно, другие – субъективно (на основе самооценки). Каждая составная часть способствует достижению более высокого уровня благополучия, но «благополучие не сводится ни к одной из составляющих» (М.Селигман, 2013, с. 37). Также М. Селигман отмечает, что совершая выбор в жизни, мы стремимся достичь наибольшего успеха по каждой составляющей.

Tom Rath и Jim Harter в книге «Пять элементов благополучия: Инструменты повышения качества жизни» выделяют следующие сферы жизни в качестве элементов благополучия: 1) профессиональное благополучие (карьера, при- звание, профессия или работа); 2) физическое благополучие (крепкое здоровье); 3) социальное благополучие (важность ближайшего окружения и социальных взаимоотношений); 4) финансовое благополучие (финансовая безопасность, удовлетворенность своим уровнем жизни); 5) благополучие в среде проживания (безопасность, собственный вклад в развитие общества). Причем, по словам авторов, успех должен присутствовать во всех пяти элементах, так как

достижения в одной из областей не может компенсировать неудачу в другой (Rath T., Harter J., 2010).

Для описания состояния внутреннего благополучия личности используют широкий спектр разных понятий: переживание (ощущение) счастья, удовлетворенность жизнью, эмоциональный комфорт, благополучие, психологическое здоровье, жизнестойкость, жизненный потенциал. Так Л.В. Куликов отмечает, что понятие благополучия по-разному трактуется в различных подходах и научных дисциплинах (Куликов, Л.В. 2000). Р.М. Шамионов уточняет, что слово «благо» определяется как «то, что дает достаток, благополучие, удовлетворяет потребность», значит, «благо - получив» в его обыденном понимании и есть достижение этого. Автор отмечает, что в формировании субъективного благополучия важную роль играет создание системы смысловых образований личности и их качественных связей. Субъективное благополучие личности создается при наличии значимых жизненных событий, наличие смысла и целевой иерархии, приносящих удовлетворенность, а также наличие динамики ценностно-смысловых единиц в различных ситуациях (Шамионов, Р.М., 2008).

В отечественной традиции полноценно функционирующей личностью можно назвать ту, которая описана в субъектном подходе (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, Л.И. Анциферова, Л.И. Божович, А.В. Брушлинский, А.Н. Леонтьев, В.С. Мухина, В.Ф. Петренко, В.А. Петровский). В этой традиции субъект - активно-преобразующий действительность, обладающий способностью к самодетерминации личностного развития и возможностью самоуправления собственными ресурсами. Полноценно функционирующая личность рассматривается в постоянном диалектическом единстве системы социальных отношений и определяется посредством отношений к себе, миру и другим. Л.А. Куликов в своей работе указывает, что личность способна достичь гармонии при равноценном вкладе всех наиболее значимых сторон её бытия, таких как: пространство, время, и уровень потенциальной и реализуемой энергии. Однако, без некоторого хаоса и определенной доли неблагополучия нельзя достичь гармонии. (Куликов, Л.В., 2002). Психологическое благополучие, по мнению С.А.

Водяха (2013), это устойчивая характеристика, в которой превалируют позитивные чувства, способность к созданию доверительных взаимоотношений, позитивное самодетерминирование, осмысленность жизни и субъектная вовлеченность в неё. В то же время, Н.А. Батурин и соавторы рассматривают психологическое благополучие личности – как фактор саморегуляции личности, результат саморегуляции психических состояний, восприятие жизни (Н.А. Батурин, С.А. Башкатов, Н.В. Гафарова; 2013). А.В. Ворониной (2005) разработала уровневую модель психологического благополучия, где его уровнями являются понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». Само психологическое благополучие, представляется комплексной, приобретенной в процессе жизни, характеристикой личности, которая, демонстрирует внутреннюю согласованность человека, гармонию с самим собой. Н. Д. Творогова (2014, с.4) рассматривает благополучие как «многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов»

На данный момент в научной литературе одновременно существует множество понятий, которые тем или иным образом отражают различное понимание психологического благополучия и его характеристик: «субъективное благополучие», «физическое благополучие», «душевное благополучие», «эмоциональное благополучие», «эмоциональный комфорт», «психологическое здоровье», «позитивное психическое здоровье», «благополучный человек», «зрелость личности», «личностное благополучие», «хорошее функционирование», «полноценно функционирующая личность», «социальное благополучие», «материальное благополучие», «профессиональное благополучие», «позитивный стиль жизни», «качество жизни» (М.Аргайл, 2007; С.А.Водяха, 2013; А.В. Воронина, 2005; Р.М. Шамионов, 2004, 2009; В. Франкл ; Р.А.Либис, 1998,1999; Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Ryff, C.D., 1996; Seifert, T., 2004; Wrigh, T.A., Cropanzan, R., 2000). Учитывая вариативность взглядов на психологическое благополучие личности, а также разрозненность в терминологическом аспекте, необходимо проанализировать различные подходы к

определению данного психологического понятия и его компонентов. Наиболее близким понятием к психологическому благополучию является, по данным изученной литературы, субъективное благополучие. Исследовали расходятся во мнениях, часть из них субъективное благополучие видят составной частью психологического, а другая часть определяется психологическое благополучие как составляющую субъективного. Некоторые учёные используют эти термины как синонимы, хотя зачастую эти понятия расценивают как взаимодополняющие характеристики позитивного функционирования личности (Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П., 2005). Э. Динер предложил сам термин «субъективное благополучие» (E. Diener, 1984), включив в его структуру такие элементы, как: удовлетворенность, позитивные и негативные эмоции, составляющие субъективное благополучие в целом. В данном определении речь идет о когнитивной оценке удовлетворенности различными сферами своей жизни и эмоциональной стороне самопринятия, так как, по мнению Э. Динера большинство людей, оценивают происходящее по дихотомической, эмоционально окрашенной шкале «хорошо – плохо». Высокий уровень субъективного благополучия характеризуется частым переживанием положительных эмоций (чувства радости и любви) и редким переживанием негативных эмоций (гнев, тоска). При низком уровне субъективного благополучия человек неудовлетворен жизнью, переживает широкий спектр различных отрицательных эмоций. Так как человек склонен оценивать уровень собственного счастья исходя из собственных представлений, то субъективное благополучие может определяться только с точки зрения его внутреннего опыта (М.Аргайл, 2007; Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П.,2005).

И. Бонивелл, исходя из того, что понятие субъективное благополучие часто применяют в научной литературе как заменитель понятия «счастье» приводит его формулу: SWB = удовлетворенность жизнью + аффект. «Удовлетворенность жизнью – пишет автор – отражает оценку человеком его жизни, где нет разрыва между существующим положением и тем, что представляется ему идеальной ситуацией, либо такой, которую он заслужил» (И. Бонивелл, 2009, с.51).

Неудовлетворенность может быть детерминирована и сравнением себя с другими. При этом, понимание им субъективного благополучия очень близко к позиции Н. Брэдбурна, но психологическое благополучие здесь становится частью субъективного, которое, по его мнению, состоит из трёх основных компонентов: приятные и неприятные эмоции, удовлетворение (эмоциональная и когнитивная стороны самопринятия) (N. Bradburn, 1969).

В настоящее время категорию субъективного благополучия исследуют Т.В. Бескова, Е.Е. Бочарова, М.В. Григорьева, Н.В. Клюева, Л.В. Куликов, Д.А. Леонтьев, С.К. Летягина, Г.Л. Пучкова, М.В. Соколова, Р.М. Шамионов, С.В. Яремчук, так же разграничивая его с благополучием психологическим и определяя различные подходы в методологии исследования. Субъективное благополучие по мнению Р.М. Шамионова, это термин, выражающий собственное отношение человека к своей личности, жизни и процессам, имеющим важное для нее значение с точки зрения усвоенных нормативных представлений о «благополучной» внешней и внутренней среде и характеризующееся переживанием удовлетворенности (Р.М. Шамионов, 2006). Л.В. Куликов рассматривает субъективное благополучие как интегративное образование, складывающееся из ряда составляющих. Ими являются социальное благополучие (удовлетворенность социальным статусом, состоянием общества, к которому принадлежит индивид, межличностными связями и пр.), духовное благополучие (возможность приобщаться к богатствам духовной культуры, осознание и переживание смысла), физическое (телесное) благополучие (телесный комфорт, ощущение здоровья и пр.), психологическое благополучие (слаженность психических процессов, гармония личности, ощущение целостности) (Л.В.Куликов, 2000).

М.В. Соколова рассматривает категории субъективного благополучия: по внешним критериям «нормативности» (соответствие системе норм, принятых в обществе); определяемое посредством удовлетворенности жизнью и связываемая с субъективными стандартами личности в отношении внутренних нормативов

«хорошей жизни»; определяемая посредством обыденного понимания счастья как превосходства позитивных эмоций над негативными (М.В. Соколова, 1996).

Некоторые исследователи сопоставляют понятия субъективного благополучия и психологического благополучия как синонимичные определения. Например, А. Л. Журавлев и А. В. Юревич упоминают в своей работе субъективное и психологическое благополучие как взаимозаменяемые: «в целом ряде исследований удовлетворенность жизнью и субъективное (психологическое) благополучие рассматриваются как факторы счастья, и, стало быть, не эквивалентные ему понятия» (А. Л. Журавлев и А. В. Юревич, 2014). Следует отметить, что при отождествлении данных понятий происходит обобщение некоторых особенностей и характеристик, свойственных каждому из определений в отдельности. Так, анализируя соотношение этих понятий, П.П. Фесенко понимает психологическое благополучие как субъективное явление, целостное переживание, выраженное в субъективном переживании счастья, удовлетворённости собой и собственной жизнью, а также связанное с фундаментальными ценностями и потребностями личности. Оно напрямую зависит от системы внутренних оценок самого носителя данного переживания (П.П.Фесенко, 2005). В свою очередь, О.С. Ширяева предлагает рассматривать психологическое благополучие как совокупность необходимых личностных ресурсов, обеспечивающая субъективную и объективную успешность личности в системе «субъект-среда» (О.С. Ширяева, 2008). Л.В. Жуковская отмечает, что психологическое благополучие имеет ряд отличий от субъективного благополучия, так как оно в большей мере взаимосвязано с характеристиками поведения, чем с эмоциональной сферой, оно характеризует процесс достижения цели, а не ее достижение как результат(Л.В. Жуковская, 2011). Таким образом, субъективное благополучие является более широким понятием, включающим в себя в качестве одного из параметров психологическое благополучие. Субъективное благополучие включает в себя ряд субъективных (духовное благополучие, эмоциональные оценки удовлетворённости жизнью) и объективных (физическое здоровье, материальное благополучие) факторов.

Одним из таких субъективных критериев является психологическое благополучие, которое отражает психологический ресурс личности, заключающийся в возможности позитивного и полноценного функционирования, степени самореализации и самоактуализации.

Термин «удовлетворенность жизнью», нередко используется как схожий по определению с понятием «психологического благополучия» личности. В науке полного определения удовлетворенности пока нет, в некоторых психологических исследованиях удовлетворенность жизнью описывают как составную часть переживания счастья, удовлетворенность трудом, рассматривают в аспекте удовлетворенности жизнью (М.Аргайл, 2007; И.А Джидарьян, 2000, 2005, Д.А. Леонтьев, 2003, 2011;Куликов, Л.В., 2008).Удовлетворенность – это субъективная оценка качества тех или иных объектов, условий жизни и деятельности, жизни в целом, отношений с людьми, самих людей, в том числе и самого себя. Высокая степень удовлетворенности жизнью, очевидно, есть то, что именуется счастьем. Близкий ему конструкт – психологическое (субъективное) благополучие. В исследованиях Шустовой Н.Е. (Шустова, Н.Е., 2009) удовлетворенность жизнью рассматривается как показатель социально-психологической адаптации, а Л.В. Куликов (2007), отмечает что большинство видов деятельности и поведения личности определяются удовлетворенностью или неудовлетворенность жизнью и, более того, удовлетворенность является важным понятийным конструктом психологии и занимает значимое место в формировании общественного сознания. Но признаёт, что у термина «удовлетворенность жизнью» есть особенность - его психологическая неопределенность в предмете оценки, а именно, в том, что удовлетворяет отвечающего. Поэтому автор настаивает на использовании понятия благополучие. А.В. Воронина пишет, психологическое благополучие зачастую соотносят с понятиями психологического и психического здоровье, однако, непосредственно психологическое здоровье долгое время трактовалось как благополучие в широком понимании данного термина и рассматривалось как часть базового содержание психического здоровья (Воронина А.В., 2005). Психическое здоровье рассматривается как «состояние душевного благополучия,

характеризующееся отсутствием болезненных психических явлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей среды и действительности регуляцию поведения и деятельности» (Психология здоровья, 2006, с. 175). М. Яхода отмечает, что большинство определений положительного психического здоровья часто сфокусировано на одном или нескольких аспектах: отношение человека к себе; стиль и степень самоактуализации; уровень интеграции личности, достигнутый индивидуумом; степень достигнутой автономии; субъективная картина окружающей реальности; степень овладения средой, достигнутая индивидуумом (Психотерапевтическая энциклопедия, 1998). Современные отечественные исследования в этой области предполагают иной взгляд на теорию личности в свете актуальных концепций психического здоровья. Отечественные ученые В.Ю. Баскаков, Е.Р. Калитеевская (1997), Д.А. Леонтьев (2003; 2011) в своих работах обобщают естественнонаучный и гуманитарный подходы к пониманию психического здоровья личности и его содержания, исследуют ценности, духовные и нравственные измерения личности, смысложизненные ориентации, как детерминанты благополучного развития человека. В.Ю. Баскаков, с позиций биосинтеза дает описание трех групп качеств, присущих здоровому человеку: соматических, психических и духовных. (Психология здоровья, 2006) На сегодняшний день основной функцией психологического здоровья считается поддержание активного динамического баланса между личностью и её окружающей средой в ситуациях, требующих стрессоустойчивости, и мобилизации ресурсов. Также считается необходимым условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его бытия.

Соотношение понятий: психологическое благополучие, качество жизни и отношение к болезни

Представления о психическом здоровье и психологическом благополучии детерминированы определенным социокультурным контекстом, в котором они формируются, так психологическое благополучие может рассматриваться как

проблема качества жизни. Качество жизни характеризует различные компоненты жизни человека и формируется из многих факторов от личностных характеристик до социально-экономических аспектов. Медицинское, более узкое понятие качества жизни тесно связано с понятием здоровья. Термин «качество жизни» был предложен для оценки состояния людей, имеющих общее заболевание. В настоящее время качество жизни становится самостоятельным критерием оценки эффективности лечения, дополняющим результаты клинических и экономические данных и одобрен ВОЗ (Либис Р.А. и соавт. 1999; GuyattG. et. al. 1991). В настоящее время существует большое количество методик для оценки качества жизни, как отечественных, так и зарубежных, в том числе опросники рекомендованные ВОЗ для оценки качества жизни населения. И.А. Джидарьян (2005), в своей работе отмечает, что понятие качества жизни во многом психологически обусловлено и многие исследователи предпочитают определять его как внутреннюю удовлетворенность или чувство субъективного благополучия личности, поэтому трудно определить, направлена работа на исследование качества жизни или посвящена психологии счастья и благополучия. Всемирная организация здоровья характеризует «качество жизни» как восприятие человеком своего места в жизни в сравнительном контексте системы социальных и культурных ценностей, в которых он проживает, а также в соответствии со своими целями, ожиданиями, стандартами и заботами (Экзистенциальная психология, 2001). П.П. Фесенко качество жизни определяет как «функциональный статус». В современном мире, качество жизни человека — понятие, которое является более широким, чем материальная обеспеченность и предусматривает участие в оценке не только таких объективных факторов, как качество воды или воздуха, расстояние до курортов или наличие и доступность культурных учреждений, но и глубоко субъективных факторов, как, например, удовлетворённости отдельных индивидов своей жизнью. Термин используется в самых различных областях, в том числе в области международного развития, философии, здравоохранения и политологии. Качество жизни напрямую зависит от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и

социального статуса, свободы деятельности и выбора, от стрессов и чрезмерной озабоченности, организованности досуга, уровня образования, доступа к культурному наследию, социальному, психологическому и профессиональному самоутверждению, психотипа и адекватности коммуникаций и взаимоотношений. (О.В. Боева, 2006)

В зарубежной психологии качество жизни определяется как степень благополучия личности или группы людей, которое в отличии от уровня жизни нельзя измерить, так как оно не осязаемо. Оно состоит из двух компонентов: физического и психологического. Физический включает в себя здоровье, образ жизни, ощущение безопасности, защиту от болезни, свободу. Психологический компонент качества жизни включает положительные и отрицательные эмоциональные состояния, которые имеют субъективную специфику (П.П.Фесенко, 2005). Считается, что уровень жизни населения напрямую взаимосвязан с физическим компонентом качества жизни, однако результаты последних иследований опровергают данный тезис демонстрируя незначительную связь качества жизни с социально-демографическими характеристиками личности (FletcherA., BulpittC.I., 1985; StollChr., SchellingG., GoetzA.E., BayerA., KarfhammerH. – P., RothenhauslerH.– B., KreuzerE., ReichartB., PeterK., 2000). Исходя из этого в современном здравоохранении целесообразнее стало употреблять термин "субъективное качество жизни", которое описывает осознание своего благополучия, субъективную удовлетворенность, переживаемую личностью в физических, психологических и социальных аспектах жизни. Таким образом, в современной психологии нет определенности в отношении понятия качество жизни, которое зачастую сопоставляют с понятием психологического благополучия. Чаще всего качество жизни понимают как оценку удовлетворенности собственных жизненных потребностей. В наши дни, В России чаще всего понятие «качество жизни» используют в здравоохранении, где оно исследуется в связи с уровнем жизни и качеством здоровья населения, обычно не уделяя пристального внимания психологическим аспектам жизнедеятельности человека (Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т, Мареев В.Ю.

1999). Широко в клинической практике применяются опросники, позволяющие определить сферы, которые наиболее пострадали от болезни, и тем самым дают характеристику состояния больных с различными формами патологии (Гурылева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. 2006).

Наиболее распространенным в исследованиях соматически больных, на сегодняшний день, является понятие внутренней картины болезни и отношения к болезни. Данные понятия отражают различия в переживании людьми собственной болезни. По мнению В. В. Ковалева, переживание болезни складывается из общего чувственного и эмоционального фона, сочетающегося с ощущениями, представлениями, психогенными реакциями и другими психическими проявлениями. В современной клинической практике психологи и врачи для определения типа переживания, отношения к собственному заболеванию используют чаще всего методику ТОБОЛ (ЛОБИ -личностный опросник бехтеревского института), разработанный следующими авторами: Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. в 1987 году (Березовский А.Э. и соавт.2001; Исаев. Д.Н. 2005).

Методика ТОБОЛ, как указывалось выше, предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный (Березовский А.Э. и соавт.2001; Конечный Р., Боухал М.1983; Личко А.Е.1980;Личко А.Е., Иванов Н.Я.1980).

На отношение к болезни также могут влиять: пол, возраст, профессия, темперамент, воспитание и мировоззрение пациента, а также - позиция пациента, которая формируется условиями течения болезни особенностями лечения, а также характеристики поведения врача и отношение медицинского персонала, эмоциональные переживания ответственности за родственников и их

материального благополучия из-за возможной нетрудоспособности пациента; преморбидные особенности личности пациента, так например, склонность к формированию аддикций может привести как к отрицанию болезни, так и к чрезмерной приверженности к здоровому образу жизни, к сужению круга интересов исключительно до рамок собственного заболевания, приводящее к конфликтным ситуациям и формированию оппозиции с медперсоналом, в виде не согласия с предлагаемым планом лечения и рекомендациями. А также: так называемые «выгоды» болезни, которые больной может увидеть в делегировании ответственности родственникам в вопросах семейного функционирования, решения профессиональных проблем и так далее (Николаева В.В., 1976; 1987).

Несмотря на множество различных понятий, в той или иной степени соотносимых с рассматриваемым нами определением, психологическое благополучие, по мнению некоторых авторов, может стать общим, универсальным определением в понимании здоровой, гармонично развитой личности, а понятие «психологическое неблагополучие» – промежуточным конструктом в дихотомии «здоровье – болезнь». Психологическое благополучие человека рассматривается как качество человека, обретаемое им в процессе жизнедеятельности на основе психофизиологической сохранности функций, проявляется у субъекта в переживании содержательной и ценностной наполненности жизни в целом как средства достижения внутренних, социально ориентированных целей и служит условием реализации его потенциальных возможностей и способностей. (Воронина, А.В. 2005; Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. 2005).Однако, в современных исследованиях нет единства в понимании содержания и статуса данного понятия (Фесенко, П.П., 2005).

В зарубежных источниках психологическое благополучие рассматривают как динамическое свойство личности, которая включает субъективные психологические составляющие, а также связана с адаптивным (здоровым) поведением (Seifert, T. 2004). Автор концепции психологического благополучия К. Рифф, которая легла в основу нашего исследования (Ryff, C.D.1996), создала структурную модель психологического благополучия и объяснила его как

фундаментальный субъективный конструкт, который отражает восприятие и оценку личностью собственного функционирования с точки зрения максимума потенциальных возможностей человека (Ryff, C.D., Keyes C.L.M., 1995). В структуру данного понятия входят следующие компоненты: позитивные отношения с окружающими (умение формировать доверительные отношения с окружающими, способность сопереживать, находить компромисс), автономия (самостоятельность, независимость от общества в оценках себя и своего поведения, способность к саморегуляции), управление окружением (способность улавливать и создавать условия, способствующие удовлетворению собственных потребностей и целей человека); личностный рост (стремление к непрекращающемуся развитию, самореализации, открытость новому опыту); цели в жизни (переживание осмысленности, ценности собственной жизни); самопринятие (осознание и принятие всех сторон своей личности, позитивная оценка себя и своего прошлого опыта). Разработанная К. Рифф теория психологического благополучия послужила фундаментом метода психотерапии и опросника, получившего повсеместное признание и использование в исследовании различных сфер психологического благополучия. Важный вклад в формирование многокомпонентной структуры данного определения внесли российские учёные П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленкова (2005). Они описывают актуальное психологическое благополучие как «переживание, характеризующее отношение человека к тому, чем он, по его собственному мнению, является, отражающее степень реализованности в индивидуальном бытии основных компонентов позитивного функционирования личности, степень направленности на реализацию компонентов позитивного функционирования» (Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. 2005.,с. 103), т.е. степень исполненности каждого из наиболее значимых составляющих позитивного функционирования и высокое психологическое благополучие и степень направленности личности на реализацию компонентов позитивного функционирования. Ключевое значение данной дифференциации определяется в конкретном определении человеком переживания благополучия или неблагополучия во временной перспективе, а

именно "здесь и сейчас", таким образом осуществляется сопоставление благополучности временных отрезков жизни человека, его прожитого жизненного опыта и оценкой желаемого, идеального образа своей жизни. Важно отметить, что П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленкова также вводят понятие уровня актуального психологического благополучия. Так несчастливость, преобладанием негативных эмоций, переживание ощущение неудовлетворенности собственной жизнью определяются авторами как условия свойственные низкому уровню актуального благополучия. В то время как высокий и нормативный уровень обусловлен переживанием счастья, преобладанием позитивных эмоций и удовлетворенности собственной жизнью. Авторы предложили удобный инструмент для измерения уровня (или индекса) психологического благополучия, который в также уместен как общий ориентир и для использования при сравнительном анализе. Уровень психологического благополучия определяется ими как «интегральный показатель степени направленности человека на реализацию основных компонентов позитивного функционирования, а также степени реализованности этой направленности, субъективно выражающейся в ощущении счастья, удовлетворенности собой и своей жизнью» (П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленкова, с.103). Кроме того, авторы подчеркивают, что по своему смыслу и содержанию понятие психологическое благополучие сопоставляется с экзистенциальным переживанием человека отношения к собственной жизни. «Строго говоря – пишут они – оно, прежде всего, существует в сознании самого носителя психологического благополучия и является с этой точки зрения субъективной реальностью, обладает такой характеристикой, как целостность, базируется на интегральной оценке своего бытия» (Фесенко, П.П., 2005,с. 95). П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленкова делают важное дополнение к пониманию психологического благополучия, отмечая, что его структурные составляющие могут достигать разной степени выраженности и определять таким образом уникальную структуру профиля психологического благополучия личности.

Резюмируя теоретический обзор, можно выделить единую тенденцию понимания термина «психологическое благополучия». ПБ - сложное

многокомпонентное понятие, которое формируется у личности исходя из различных по степени выраженности аспектов ее целостности, наличия ясных целей, наличия ресурсов для достижения целей, успешности в реализации своих планов, удовлетворенности межличностными отношениями, наличия положительных эмоций и отражающее степень реализованности основных компонентов позитивного функционирования личности. Психологическое благополучие –понятие, вызывающее большой интерес исследователей. Оно рассматривается, исходя из разных теорий и концепций. Его оценивают как взаимодействие положительного и негативного аффекта и как набор стремлений к саморазвитию. Его достаточно сложно отграничить от понятий «счастье», «самоактуализация» или «удовлетворенность жизнью». Одно из наиболее подробных и тщательно разработанных определений этого понятия, которому мы будем придерживаться в нашей работе, дала К. Рифф. Она определяет психологическое благополучие как интегральный показатель степени направленности человека на реализацию основных компонентов позитивного функционирования, а также степень реализованности этой направленности, выражающейся в субъективном переживании счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью. Теория К. Рифф обладает адекватным измерительным инструментом, что позволяет подробно анализировать составляющие актуального психологического благополучия личности.

Проведенный теоретический анализ показал, что проблема заболеваемости и смертности от болезней сердечно-сосудистой системы современна и безусловно актуальна. По данным ряда авторов операции на сосудах сердца в виде балонной ангиопластики со стентированием и более инвазивных хирургических вмешательств в виде коронарного шунтирования являются эффективными методами лечения и всё чаще используются в тандеме с медикаментозной терапией и рекомендациями по соблюдения коронарной диеты, режима физической активности, контроля артериального давления и иных медицинских предписаний. В исследованиях в области медицинской психологии уже на протяжении двух веков не угасает интерес к изучению предикторов,

психологических явлений сопровождающих ишемическую болезнь сердца, психологических характеристик больных и факторов способствующих приверженности больных лечению данной нозологии. Множество исследований посвящено аспектам отношения к болезни, качеству жизни больных после операций, дальнейшей трудоспособности и изучению психоэмоционального состояния на протяжении всего многоэтапного лечения. Однако, ситуация болезни зачастую рассматривается обособленно и аспекты бытия больных рассматриваются только в контексте их возможной взаимосвязи с ней. Важным предполагается тот факт, что из виду упускается непосредственно сам человек и структура его жизни, ситуация болезни и операции в которой, становится лишь частью его бытия и отражается тем или иным образом в контексте самовосприятия, саморефлексии, жизненного опыта и его внутренней критичной проработке, а также от доступа к собственным чувствам, самочувствию испытуемого и т.д. Существенным фактором является уровень психологического благополучия у пациентов, однако данный феномен в современных психологических исследованиях чаще является предметом изучения общей, социальной, педагогической психологии и крайне редко встречается в областит медицинской психологии и конкретно в психосоматике. Это определяет актуальность проведения исследования психологического благополучия у больных, перенесших операцию на сосудах сердца, его взаимосвязей с компонентами жизнестойкости личности больных, атрибутами субъектности, показателями экзистенциальной наполненности жизни пациентов и клинико-психологическими характеристиками, а также выделением его детерминант.

ГЛАВА 2 МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЯЮ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

В данной главе представлены этапы проведения исследования, подобранные, в соответствии с задачами, методы исследования и характеристика выборки.

2.1. Организация исследования клинико-психологических детерминант психологического благополучия у больных, перенесших операцию на сосудах сердца в период реабилитации

1) Теоретический анализ литературы по выбранной теме. Анализ отечественной и зарубежной литературы, включая анализ научных монографий, периодической печати и литературы на иностранном языке и её конспектирование. Всего проанализировано 226 источников, из них 63 на английском языке. В рамках теоретического обзора были рассмотрены современные взгляды на понятие психологического благополучия и клинико-психологические особенности ишемической болезни сердца, психологические аспекты реабилитации пациентов после реваскуляризации миокарда и ранее проведенные психологические исследования по схожей тематике.

2) Определение проблемы и подбор диагностических методов. Диагностические методы подбираются согласно поставленным задачам исследования.

3) Сбор эмпирических данных на базе **Центра сердечной медицины «Черная речка»**. Проведение исследования на выборке размером в 129 испытуемых, состоящей из мужчин и женщин старшей возрастной группы, перенесших различные операции на сосудах сердца находящихся на санаторно-

восстановительном лечении и условно здоровых испытуемых, вошедших в группу сравнения.

4) Статистическая обработка полученных данных с помощью программы SPSS. Выявление значимых корреляций и статистически значимых различий между данными исследуемых групп. Проведение регрессионного анализа и методов описательной статистики.

5) Интерпретация и описание данных, полученных при статистической обработке. Формулировка выводов на основании всей проделанной работы и интерпретации результатов.

2.2. Описание выборки

Объектом исследования являются мужчины и женщины в возрасте 50-60 лет. Общее число респондентов 129 человек. Основная группа исследования - пациенты, находящиеся на санаторном восстановительном лечении после операции по реваскуляризации миокарда. Она осуществляется с помощью операции коронарного (аорто-коронарного, маммаро-коронарного) шунтирования (КШ), а также чрескожных коронарныхвмешательств (ЧКВ) — транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики(ТБКА), или, как ее еще называют, баллонной ангиопластики (БАП) с или без стентирования коронарных артерий. Из них 32 мужчины (средний возраст 56,5±4,0 лет) и 30 женщин (средний возраст 56,8±4,0 лет).

Основанием включения в исследуемую группу было:

1) Возраст 50-60 лет, период входящий в этап среднего (зрелого) возраста (45-60 лет) согласно возрастной классификации всемирной организации здоровья, пересмотренной в 2015 г.

2) Диагноз: 1- ишемическая болезнь сердца; 2 - ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь; 3 - ишемическая болезнь сердца, гипертоническая

болезнь и дислипидемия (Распределение количества пациентов по группам мужчин и женщин согласно диагнозу приведено в таблице 1).

3) 18-28 день от начала ИМ или КШ или 10-14 день после проведенной ЧТКА и стентирования коронарных сосудов;

4) хроническая сердечная недостаточность (ХСН) не выше 3 ф.к.;

5) гипертоническая болезнь при стабильном АД не превышающем 160/95 ммрт.ст. на фоне гипотензивной терапии.

Основание исключения из исследуемой группы было:

1) Наличие других хронических соматических заболеваний в стадии обострения.

Таблица 1

Распределение количества пациентов по группам мужчин и женщин согласно диагнозу

			Диагноз			Всего
			ИБС	ИБС и ГБ	ИБС, ГБ и дислипидемия	
Пол	Мужчины	Количество	5	12	15	32
		%	15,6%	37,5%	46,9%	100%
	Женщины	Количество	2	13	15	30
		%	6,66%	43,33%	50%	100%
Всего		Количество	6	25	30	62
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi2 = 2,56$; $p=0,277$						

Группой сравнения являются условно здоровые люди той же возрастной группы, т.е. не имеющие каких-либо хронических заболеваний (30 мужчин (средний возраст 56±4,5 лет) и 37 женщин (средний возраст 55±5,1 лет).

В таблице 2 приведены данные социально-демографической анкеты по уровню образования, семейному положению, роду занятий и количеству детей.

В группе мужчин с кардиопатологией большинство (56%) имеет высшее образование, также у 31% средне-специальное. У 3 мужчин (9%) - неполное среднее. Подавляющее большинство мужчин состоит в браке (87,5%) и работает (84,5%). Также большая часть данной группы имеет одного (34,4%) или двоих (53,1%) детей. У мужчин группы сравнения практически идентичная социальная ситуация, отличия в данных незначительны. В группе женщин с кардиопатологией социальная ситуациянесколько иная. Данные по уровню

образования практически поровну разделились среди женщин с высшим (43%) и женщин со средне-специальным (40%) - составляющие основы выборки. Семейное положение сильно отличается от семейного статуса мужчин, 53% женщин основной группы состоят в браке, 30% - вдовы, 10% разведены, и 7% - не замужем. Большинство женщин работает, 40% просто работающие женщины и 40% работающие пенсионеры, а также 16,7% женщин не работают после выхода на пенсию. У большинства 1 ребенок в семье (53,3%) и у 26,7% женщин основной группы имеет 2 детей.

Таблица 2

Социально-демографические характеристики респондентов

Образование								
	Неполное среднее		Полное среднее		Средне-специальное		Высшее обр.	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Муж. Осн. Гр.	3	9	1	3	10	31	18	56
Муж. Гр. Сравн.	0	0	6	20	11	37	13	43
Жен. Осн. Гр	0	0	5	17	12	40	13	43
Жен. Гр. Сравн.	0	0	6	16	11	30	20	54
Семейное положение								
	Состоят в браке		Холосты		Разведены		Вдовство	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Муж. Осн. Гр.	28	87,5	0	0	2	6,25	2	6,25
Муж. Гр. Сравн.	28	93,3	0	0	1	3,3	1	3,3
Жен. Осн. Гр	16	53	2	7	3	10	9	30
Жен. Гр. Сравн.	26	70,3	9	24,3	0	0	2	5,4
Род занятий								
	Работающие		Не работающие		Пенсионер		Работ. пенсионер	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Муж. Осн. Гр.	27	84,5	1	3	0	0	4	12,5
Муж. Гр. Сравн.	22	73,3	0	0	1	3,3	7	23,3
Жен. Осн. Гр	12	40	1	3,3	5	16,7	12	40
Жен. Гр. Сравн.	22	59,5	0	0	5	13,5	10	27
Количество детей								
	нет детей		1 ребенок		2 детей		3 и более	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Муж. Осн. Гр.	2	6,25	11	34,4	17	53,1	2	6,25
Муж. Гр. Сравн.	3	10	9	30	13	43,3	5	16,7
Жен. Осн. Гр	5	16,7	16	53,3	8	26,7	1	3
Жен. Гр. Сравн.	1	2,7	20	54	13	35	3	8

Среди женщин группы сравнения социальная ситуация складывается идентично группе женщин с кардиопатологией.

2.3. Методы исследования

Для проведения данного исследования были подобраны клинико-психологические, психодиагностические и статистические методы в соответствии с задачами и целью исследования. В данном параграфе представлен обзор всех использованных в проведенном исследование методов.

2.3.1 Клинико-психологический метод

В представленном исследовании клинико-психологический метод осуществлялся с помощью специально разработанного полуструктурированного интервью для пациентов, нацеленного на изучение их социально-демографических и психосоциальных характеристик (текст данного интервью представлен в Приложении 1), атакже детального изучения медицинской документации пациентов. Изучение медицинской документации проводилось в процессе изучения историй болезни для получения достоверной информации о заболевании и уровне тяжести, уточнении диагноза, характера оперативного вмешательства, сопутствующих заболеваний и наличия осложнений.

Полуструктурированное интервью

Для сбора анамнестических, социально-демографических данных и получения информации о представлениях пациентов о собственном заболевании, их эмоциональных реакциях, использовалось авторское полуструктурированное

интервью (см. Приложение 2), содержащее в себе вопросы об особенностях непосредственно-чувственного отражения болезни. Конкретно тех неприятных или болевых ощущений, которые являются непосредственными симптомами болезни, вопросы о мыслях и чувствах пациентов на момент постановки диагноза и на момент исследования, вопрос о том, что вызывает наибольшее беспокойство, что помогает справляться с беспокойством (стратегий совладания со стрессом), вопросы по соблюдению рекомендаций и т.д.

2.3.2 Психодиагностические методы исследования

Шкала психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко

Термин «психологическим благополучием» относится к категории понятий экзистенциально-гуманистической психологии и в отличие от психического здоровья, подразумевает субъективное переживание человеком целостности собственной личности и осмысленности своей жизни. Теоретической разработкой проблемы основных компонентов понятия психологического благополучия изначально были такие авторы как : Дж. Бюдженталь, А. Маслоу, К. Роджерс, Э. Фромм, Г. Оллпорт. С позиции эвдемонистического подхода психологическое благополучие рассматривается как «полнота самореализации человека в конкретных жизненных условиях и обстоятельствах, нахождение «творческого синтеза» между соответствием запросам социального окружения и развитием собственной индивидуальности». В рамках эвдемонистического подхода на основе более ранних исследований М. Ягоды, К. Рифф разработала многомерную модель психологического благополучия. В соответствии с разработанной моделью был создан инструментарий для проведения исследований, который получил широкое распространение за рубежом под названием «Шкалы психологического благополучия К. Рифф». Опросник «Шкалы психологического

благополучия» К. Рифф - теоретически обоснованный инструмент, который предназначен для измерения выраженности основных составляющих психологического благополучия. В настоящем исследовании использован вариант шкалы в адаптации Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко, которые в свою очередь, взяли за основу 84-пунктный вариант шкалы, переведённый А.М. Абдразяковой. Внесли в текст опросника некоторые изменения, важные с точки зрения авторов.

Методика включает в себя следующие шкалы: «Позитивные отношения с окружающими», «Автономия», «Управление средой», «Личностный рост», «Цели в жизни», «Самопринятие», «Баланс аффекта», «Осмысленность жизни», «Человек как открытая система». Данная методика позволяет оценить актуальное психологическое благополучие респондентов, которое подразумевает под собой не психологическое здоровье, а субъективное самоощущение людьми целостности и осмысленности их жизни и переживание меры собственного участия в ней (Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. 2005).

Опросник «Уровень развития субъектности личности» М.А. Щукиной

В качестве рабочей концепции атрибутов (неотъемлемых свойств) субъектности-объектности личности, была использована модель субъект-объектных атрибутов Л.В. Алексеевой, которая легла в основу данной методики. Опросник «Уровень развития субъектности личности» представлен общим показателем уровня развития субъектности личности (УРСЛ) и 6 шкалами. Каждая шкала – парный атрибут для дифференцированной оценки субъектности личности: активность – реактивность (АР), автономность – зависимость (АЗ), целостность – неинтегративность (ЦН), опосредствованность – непосредственность (ОН), креативность – репродуктивность (КР), самоценностность – малоценностность (ничтожность) (СМ).С одной стороны, человек (субъект) проявляет себя как хозяин своей активности, как доминирующий над миром (собой и другими людьми), влияющий на мир, управляющий миром, подчиняющий себе, свободно осуществляющий самоопределение и т.п. С другой стороны, человек (объект) проявляет себя как

зависимый, подверженный влиянию, подчиняющий, ведомый, управляемый, беспомощный, подвергающийся насилию и т.п.Данный опросник использовался для изучения уровня развития субъектности личности исследуемого контингента и степени выраженности у них субъектных и объектных атрибутов (Щукина М.А. 2004; 2014).

Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой

Тест позволяет оценить непосредственно уровень жизнестойкости и ее составляющие – вовлеченность, контроль и принятие риска. Жизнестойкость личности является характеристикой человека, способствующей успешному преодолению всего комплекса негативных стрессовых воздействий. Высокий уровень жизнестойкости способствует оценке событий как менее травмирующих и успешному совладанию со стрессом. Исследования С. Мадди и С. Кобейса продемонстрировали, что жизнестойкость – личностная характеристика (Khoshaba D., Maddi S., 1999), идея жизнестойкости подразумевает оптимальную реализацию человеком своих психологических возможностей в неблагоприятных жизненных ситуациях, «психологическую живучесть» и «расширенную эффективность» в этих ситуациях и отражает три жизненные установки: вовлеченность, уверенность в возможности контроля над ее событиями, а также готовность к риску (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И,2006).

Жизнестойкость (hardiness) представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания (hardy coping) со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Вовлеченность (commitment) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Человек с развитым компонентом вовлеченности

получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому, отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни

Контроль (control) представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому — ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

Принятие риска (challenge) — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.(Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И,2006, с. 4).

Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер

Данная методика имеет субшкалы:

Шкала *SD* - *Самодистанцирование* измеряет способность человека отойти на дистанцию по отношению к самому себе, т.е. отодвинуть свои психо-эмоциональные переживания и посмотреть на себя и окружающую ситуацию со стороны.

Шкала *ST Самотрансцендениция* описывает способность человека к формированию внутреннего отношения к переживаемому опыту, т.е. формировать субъективно-ценностное отношение, а следовательно иметь способность испытывать удовольствие или страдание.

В сумме эти шкалы составляют фактор *личности (P),* т.е. персональные предпосылки исполненности, характеризует степень того, насколько открыто человек воспринимает мир и самого себя.

F - *Свобода* оценивает способность человека решаться, т.е. при нахождении возможностей создавать для себя их ценностную иерархию и принимать значимые для себя решения в соответствие со своей внутренней иерархией ценностей.

Шкала *V* - *Ответственность*- измеряет способность человека доводить до конца решения принятые на основании личных ценностей, т.е. с сознанием обязательности этих решений, чувством правильности в своих действиях, осуществлении замыслов.

В сумме *F* *Свобода* и *V* - *Ответственность* образуют фактор Э*кзистенции* (Е) – экзистенциальное исполнение в связи с теми возможностями, которые представляет жизненная ситуация, т.е. такая существенная характеристика человеческой экзистенции, как способность ориентироваться в этом мире, приходить к решениям и ответственно и реализовывать в жизнь, изменяя её этим в лучшую сторону.

В сумме факторы Р и Е дают *G*- *Общий показатель* по тесту субъективно переживаемую меру исполненности. Он демонстрирует степень персональной экзистенциальной наполненности, которая говорит о способности человека справляться с самим собой и с миром, заниматься самим собой и внешними жизненными ситуациями и способность прийти к жизни сформированной со смыслом, с согласованностью со внутренней иерархией ценностей.

Экзистенциальная наполненность – понятие, появившееся в психологии В.Франкла для описания качества жизни человека в противовес более привычному (в частности, принятому в психоанализе) понятию счастья. Понятие исполненности – это эвдемоническое счастье – «счастье через достоинство»(Аристотель), неотделимое от персональных убеждений и установок личности.«Степень» или «уровень» экзистенциальной наполненности показывает, много ли осмысленного в моей жизни, как часто я живу с внутренним согласием, соответствуют ли моей сущности мои решения и поступки, могу ли я вносить хорошее, как я его понимаю, в жизнь. Речь идет не о том, как на самом деле живет человек, а о том, как он полагает, что живет.

Цветовой тест Люшера в адаптации В.И. Тимофеева и Ю.И. Филимоненко

В результате исследования с применением 8 цветового теста Люшера и его последующей обработки были получены два значимых показателя: "суммарное отклонение от аутогенной нормы" (СО), отражающее уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, присущей респондентам и "вегетативный коэффициент" (ВК), отражающий доминирование тёплых или холодных оттенков в выборе обследуемых, что согласно исследованиям, физиологически соответствует доминированию либо симпатической, либо парасимпатической вегетативной нервной системы. Данная физиологическая составляющая определяет уровень симпатического доминирования, энергоресурсности личности, установки на активность организма или потребности в покое, тем самым, отражает уровень успешности деятельности при данном состоянии вегетативной нервной системы.

Цветовой тест отношений (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда

Оцениваемые стимулы: "Я"; "Я-идеальное"; "Здоровье"; "Болезнь"; "Я до болезни"; "Мой врач"; "Идеальный врач"; "Сердце"; "Боль", "Смерть"; "Близкий человек". Данная методика позволяет нам оценить значимость, ценность представленных стимулов и рассмотреть семантическое пространство испытуемых в рамках концепции системы отношений по В.Н. Мясищеву, который рассматривал психологическое отношение человека как целостную систему избирательных, индивидуальных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности (Мясищев В.Н.,2003). Основными из них являются: явления природы и мир вещей; люди и общественные явления; сам субъект – личность. Следовательно, понятие отношение включает два объекта связи - субъекти объект отношения. Соматическое заболевание как значимая жизненная ситуация оказывает сильное влияние на изменение индивидуальной системы значений, которая выражается в своеобразии формирования семантических пространств, и оно проявляется в

выявленных различиях семантических характеристикзаданных стимулов в группе пациентов с кардиопатологией и в группе условно здоровых испытуемых.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (за-полнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявле-ния тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Опросник обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Для более детальной квалификации состояния и отслеживания его дальнейшей динамики рекомендуется пользоваться более чувствительными клиническими шкалами.

При формировании шкалы авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, ко-торые могут быть интерпретированы как проявле-ние соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и проч.). Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

2.3.3 Методы математико-статистической обработки данных

Математико-статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью стандартных методов математической статистики, с применением статистических программ SPSS v22 и Microsoft Excel 2007.

Для сопоставления результатов клинико-психологического исследования в группах пациентов сразличным уровнем актуального психологического благополучия достоверность различий частот встречаемости ответов оценивалась с помощью анализа таблиц сопряженности и критерия $\chi 2$ Пирсона, расчет различий средних показателей выполнялся с помощью U- критерия Манна-Уитни.

Для установления по парных корреляционных взаимосвязей изучаемых характеристик был использован коэффициент корреляции Пирсона.

Для изучения взаимосвязи зависимой переменной (индекс (уровень) актуального психологического благополучия) с независимыми переменными (то есть всеми психологическими характеристиками, полученными в результате психодиагностического исследования), а также для оценки вклада в предсказание зависимой переменной всех независимых переменных был проведен множественный регрессионный анализ.

Данные, полученные в результате математико-статистической обработки представлены в таблицах и графиках и описаны в Главе 3.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И ЕГО КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ

В данной главе приведены результаты исследования психологического благополучия пациентов с ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда. Представлен сравнительный анализ средних в группах мужчин и женщин, сравнительный анализ в группах психологически благополучных и не благополучных пациентов, а также сравнение в группах мужчин и женщин психологически благополучных и не благополучных. Помимо этого, рассматривается корреляционный анализ взаимосвязей компонентов психологического благополучия и других исследуемых характеристик и представлены результаты множественного регрессионного анализа.

3.1 Клинические детерминанты психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца

В данном параграфе приведен анализ выраженности компонентов психологического благополучия, на которые могут оказывать влияние различные параметры клинической картины болезни, у пациентов с ИБС на этапе стационарной реабилитации, после перенесенной операции на сосудах сердца.

3.1.1 Характеристика феномена психологического благополучия у больных, перенесших операцию на сосудах сердца

Сравнительный анализ выраженности компонентов психологического благополучия в основной группе (пациентов, перенесших операцию) и группе условно здоровых респондентов показал, что большая часть компонентов психологического благополучия в основной исследуемой группе статистически значимо ниже, чем в группе сравнения (см. таблицу 3).

Таблица 3

Выраженность компонентов психологического благополучия в основной группе и группе сравнения

	Основная группа (n=62)	Группа сравнения (n=67)	U Манна-Уитни	p
Позитивные отношения	56,5 ± 10,3	57,5 ± 7,3	2007,5	-
Автономия	55,5 ± 7	59,2 ± 5,7	1804,5	-
Управление средой	51,8 ± 8,9	59,2 ± 6	1368,5	0,001
Личностный рост	50,5 ± 8,8	57 ± 6,7	1436,5	0,01
Цели в жизни	52,0 ±9,3	61,8 ± 6,5	1201,5	0,001
Самопринятие	50,6 ± 8,8	57,2 ± 5,8	1499,0	0,01
Баланс аффекта	106,4 ± 18,7	93,4 ± 12,7	1483,5	0,01
Осмысленность жизни	83,8 ± 14,3	97,2 ± 9	1227,0	0,001
Человек как откр. система	61,1 ± 7,4	61,4 ± 6,7	1993,5	-
Психологическое благополучие	313,7 ± 35,6	352 ± 24	1229,5	0,001

В группе пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца следующие показатели имеют низкие и средне-низкие значения: "Управление средой" (характеризующий компетентность человека в управлении собственной повседневной деятельностью); "Личностный рост" (оценивающий восприятие человеком собственной самореализации); "Цели в жизни" (оценивающий наличие или отсутствие направленности личности и жизненных перспектив); "Самопринятие" (характеризует отношение человека к себе и своему прошлому опыту); "Баланс аффекта" (обратная шкала, демонстрирует самооценку и общую

удовлетворённость жизнью); "Осмысленность жизни" (определяет наличие или отсутствие перспектив и смысла жизни) и - "Психологическое благополучие" (интегральная характеристика методики, оценивающая уровень актуального психологического благополучия личности). Важным представляется тот факт, что показатели компонентов психологического благополучия, отражающих социальное взаимодействие, такие как: "Позитивные отношения с окружающими", "Человек как открытая система", "Автономия" у пациентов с ИБС не имеют статистически значимых различий с группой условно здоровых людей, в обеих группах данные шкалы имеют средние значения. Полученные данные могут говорить о том, что коммуникативная компетентность, открытость в восприятии нового и автономность личности не меняется в условиях переживания трудной жизненной ситуации в виде хирургического вмешательства.

По полученным данным можно сказать, что социально-коммуникативные компоненты у больных, перенесших реваскуляризацию миокарда в момент прохождения этапа стационарной реабилитации, имеют те же значения, что и у здоровых людей. В то время как компоненты осмысленности жизни, самооценка и оценка своего прошлого и будущего, способность к саморазвитию и контролю над окружающей средой в ситуации болезни снижены. Фрустрация данных компонентов у пациентов может свидетельствовать о переживании хирургического вмешательства и самой ситуации болезни как кризиса, трудной жизненной ситуации и отражаться в снижении интегрального показателя психологического благополучия.

Для выявления полоролевых отличий восприятия своего актуального психологического благополучия и исключения влияния данных факторов в дальнейшем изучении феномена психологического благополучия пациентов и его клинико-психологических детерминант рассмотрены результаты сравнительного анализа выраженности компонентов актуального психологического благополучия у мужчин и женщин. Для сравнения средних в изучаемых группах использовался непараметрический U - критерий Манна-Уитни для независимых выборок (см. Приложение 3).

По результатам сравнительного анализа психологического благополучия (ПБ) в группе больных, перенесших операцию на сосудах сердца и здоровых испытуемых по методике "Шкала психологического благополучия" в группе мужчин были выявлены статистически значимые различия по трем компонентам: "Цель в жизни" ($p \leq 0.001$), "Самопринятие" ($p \leq 0,01$) и "Общий показатель психологического благополучия" ($p \leq 0,01$)(см. рисунок 1). При сравнении женщин имеющих кардиопатологию с группой условно здоровых были выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0.001$) по шкалам: "Управление окружением"; "Личностный рост"; "Цель в жизни";"Осмысленность жизни"; "Общий показатель психологического благополучия" и "Баланс аффекта", а также по шкале "Самопринятие" ($p \leq 0.01$).

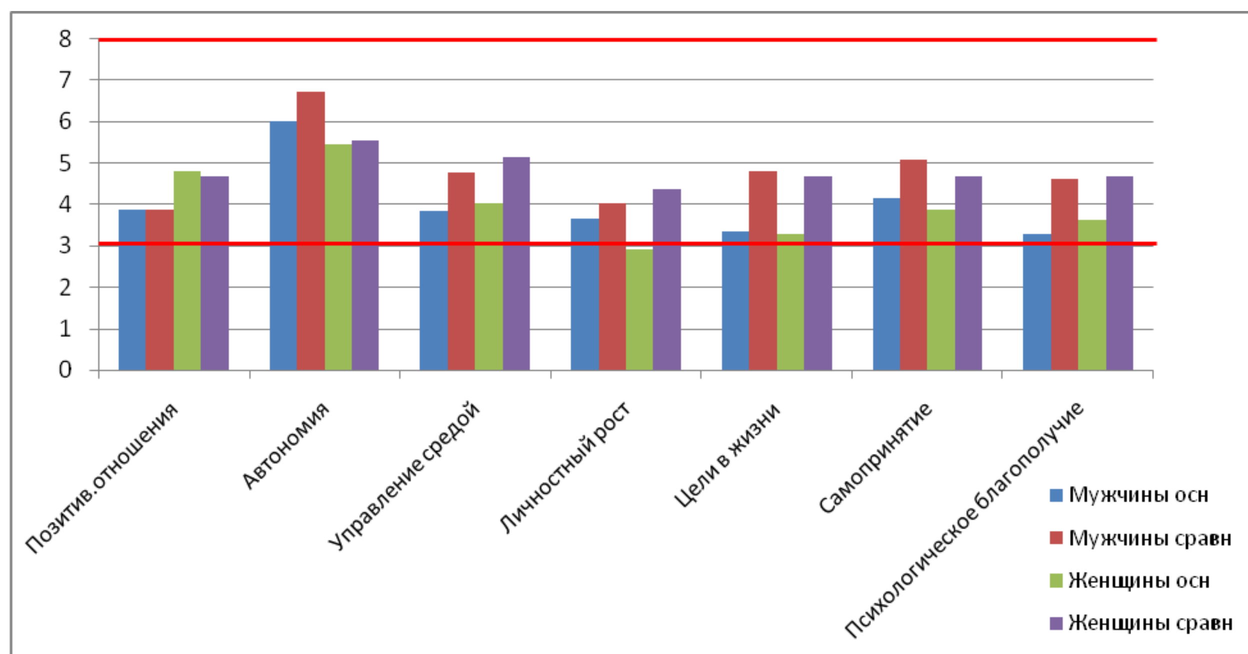


Рисунок 1. Изучение психологического благополучия в группах мужчин и женщин основной группы и группы сравнения

Примечания к рисунку:
Обозначения по шкале абсцисс представлены показатели "Шкалы психологического благополучия К.Рифф".
Обозначения по шкале ординат: стены, минимальное количество стенов - 0, максимальное количество - 10.
показатель от 0 до 3 соответствует низкому уровню выраженности компонента, от 3 до 8 - среднему уровню; от 8 до 10 - высокий уровень выраженности.

Данные показатели значительно снижены у респондентов основной исследуемой группы. Полученные результаты также демонстрируют полоролевые отличия содержательной стороны актуального психологического благополучия

пациентов в период реабилитации. У мужчин в ситуации болезни страдают только показатели целеполагания и самоактуализации, определяющие наличие перспектив и смыслов жизни. Среди женщин наблюдается снижение шести из девяти компонентов психологического благополучия, в большей степени страдают аспекты самореализации, целеполагания, чувство контроля над происходящим и общая удовлетворённость собственной жизнью. При сравнительном анализе мужчин и женщин как в основной, так и в группе сравнения было выявлено различие по шкале "Человек как открытая система" ($p \leq 0.01$) (см. рисунок 2). Женщины, вне зависимости от наличия болезни, демонстрируют высокие значения по данной шкале, отражающие их непосредственность и естественность их переживаний и открытость новому опыту, а у мужчин баллы по данному компоненту находятся в рамках нижней границы нормы, что в целом отражает большую социальную открытость женщин в генеральной совокупности.

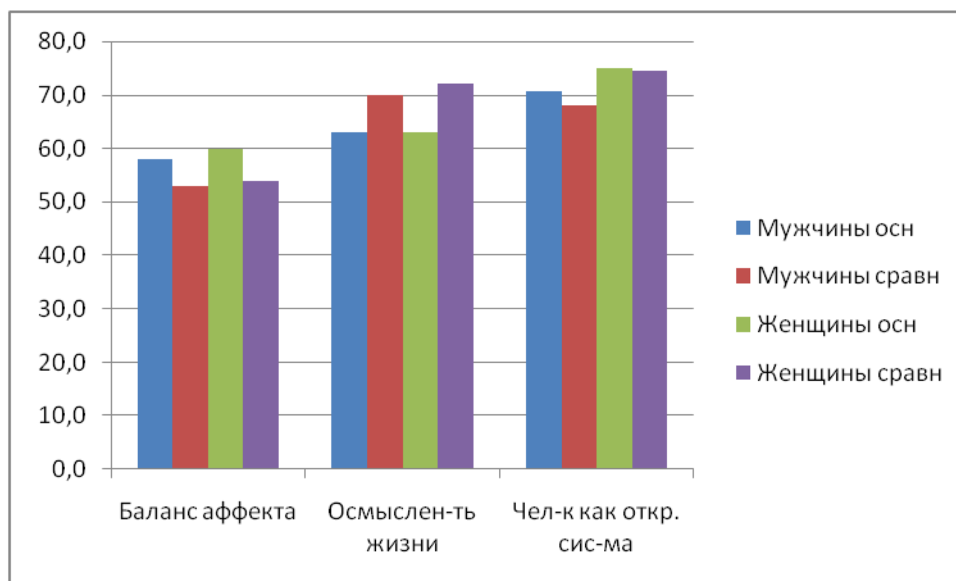


Рисунок 2. Изучение психологического благополучия по дополнительным шкалам в группах мужчин и женщин основной группы и группы сравнения

Примечания к рисунку:

Обозначения по шкале абсцисс представлены дополнительные показатели "Шкалы психологического благополучия К.Рифф" в адаптации Шевеленковой Т.Д. и Фесенко П.П.

Обозначения по шкале ординат: процент выраженности, минимальное количество - 0, максимальное количество -100%.

Интересно отметить, что в сравнение с нормативными данными по основному показателю "Психологическое благополучие", условно здоровые мужчины имеют оценки даже несколько выше, а у женщин ситуация

складывается иным образом. В группе женщин с кардиопатологией выявлен низкий уровень психологического благополучия, статистически значимо ниже, чем у здоровых респонденток. Но и средняя оценка психологического благополучия условно здоровых женщин оказалась несколько ниже нормативных данных.

3.1.2 Сравнительный анализ психологического благополучия, жизнестойкости, уровня развития субъектности и экзистенциальной наполненности в группах пациентов, перенесших коронарное шунтирование и пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий

На первом этапе обработки полученных данных респонденты были разделены по группам согласно перенесенной операции на сосудах сердца: В группе мужчин 15 мужчин перенесли стентирование коронарных артерий (СКА), 17 – операцию по аортокоронарному/маммарокоронарному шунтированию (АКШ/МКШ), у женщин – 15 и 15 соответственно.

При проведении сравнительного анализа исследуемых показателей по опроснику "Уровень развития субъектности личности", шкале психологического благополучия, теста жизнестойкости, шкале экзистенции и прочих методик между группами респондентов перенесших разные операции на сосудах сердца (коронарное шунтирование - КШ и стентирование коронарных артерий - СКА) получены следующие данные:

При сравнении групп мужчин СКА и КШ не было выявлено статистически значимых различий.

Сравнение в группе женщин СКА и КШ выявило статистически значимое различие только по одному показателю - по шкале «Управление средой» ($p \leq 0{,}01$) *методики диагностики психологического благополучия*. У женщин, перенесших АКШ/МКШ, данный показатель был ниже нормативных значений (48,5 ±3,6) балла, при норме (59,0 ± 8,3) балла. Полученные результаты можно

интерпретировать как неспособность справляться с повседневными делами, бессилием в управлении окружающим миром. Вероятно, эти чувства вызваны субъективно значимыми для женщин ограничениями двигательной активности после АКШ/МКШ, в сравнении с рекомендованными ограничениями для пациентов после СКА.

Получено данные могут свидетельствовать о том, что и люди, перенесшие шунтирование, и люди, перенесшие стентирование, переживают в равной степени актуализированные жизненные обстоятельства в виде болезни представляющей угрозу жизни, которые отражаются на всех их психологических переживаниях на момент исследования. Давая полученным данным психологическую интерпретацию, мы предположили, что переживая кризис болезни и ситуацию хирургического вмешательства человек смотрит в глаза страху, и страху смерти в частности, вне зависимости от степени инвазивности операции. Так как пациентам не с чем сравнить (испытуемые принявшие участие в исследовании перенесли либо только КШ, либо только СКА), то перенесенная операция на сосудах сердца для человека, не отягощенного специфическими медицинскими знаниями, имеет равнозначное стрессовое воздействие.

Однако, следует отметить, что несмотря на отсутствие различий при сравнительном анализе, мы обнаружили интересные отличия в плеядах корреляционных взаимосвязей между изучаемыми психологическими характеристиками в группах пациентов перенесших разные виды операций, которые описаны факультативно, в статьях, т.к. изучение данных параметров не являлось основной целью проведенного исследования.

3.1.3 Сравнительный анализ психологического благополучия исследуемых групп по степени срочности прохождения хирургического вмешательства

В данном параграфе приведены результаты сравнительного анализа компонентов психологического благополучия в группах пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца в экстренном порядке и в плановом.

Сравнение средних значений с использованием непараметрического U критерия Манна-Уитни не выявил значимых статистических различий (см. таблицу 4), что свидетельствует о независимости уровня актуального психологического благополучия, исследуемого у пациентов в период реабилитации в стационаре санатория, от степени срочности пережитой операции.

Таблица 4

Психологическое благополучие больных перенесших операцию на сосудах сердца в плановом и экстренном порядке

Шкала психологического благополучия К.Рифф	Плановая операция (n=35)	Экстренная операция (n=27)	U Манна-Уитни	p
Позитивные отношения	57,33	55,67	466,000	,926
Автономия	54,38	57,09	372,000	,153
Управление средой	51,68	51,84	450,000	,749
Личностный рост	50,90	49,73	422,500	,477
Цели в жизни	53,13	50,39	383,000	,203
Самопринятие	50,42	50,80	449,000	,738
Баланс аффекта	105,55	107,92	464,000	,904
Осмысленность жизни	84,18	83,27	421,500	,469
Человек как открытая система	61,46	60,90	435,500	,599
Психологическое благополучие	315,20	315,50	453,000	,782

На этапе предварительной обработки эмпирических данных, было произведено разделение основных исследуемых групп по уровню актуального психологического благополучия. Далее был произведен статистический анализ распределения пациентов перенесших разные по степени срочности операции. В исследовании было включено: 35 респондентов перенесших экстренную реваскуляризацию миокарда (из них 19 мужчин и 16 женщин); 27 респондентов перенесших плановую операцию по реваскуляризации миокарда (из них 13 мужчин и 14 женщин).

Проведенный анализ, с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона, не выявил статистически значимых различий по распределению групп мужчин и

женщин с разным уровнем актуального психологического благополучия и по срочности проведения им операции по реваскуляризации миокарда (см. таблицу 5).

Таблица 5

Распределение количества пациентов перенесших срочную и плановую операцию на сосудах сердца по группам мужчин и женщин с разным уровнем психологического благополучия

Таблица сопряженности						
		Уровень ПБ				Всего
		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	
Экстренная	Количество	10	7	9	9	35
	%	62,5%	58,3%	56,3%	50,0%	56,5%
Плановая	Количество	6	5	7	9	27
	%	37,5%	41,7%	43,8%	50,0%	43,5%
Всего	Количество	16	12	16	18	62
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi 2 = 0{,}56$; p=0,905						

Данный факт даёт нам основание полагать, что срочность операции не взаимосвязана с уровнем психологического благополучия больных. Исследуемые группы, разделенные в соответствии с уровнем актуального психологического благополучия больных сопоставимы и правомочно их дальнейшее изучение в связи с поставленными задачами настоящего исследования.

Дополнительная информация о проявлении клинических характеристиках болезни была получена при анализе ответов пациентов, полученных при проведении полуструктурированного интервью. Проанализированы клинические симптомы, представленные больными в виде основных жалоб при манифестации ИБС в виде инфаркта миокарда, а также распределение количества сопутствующих заболеваний в группах разделённых по полу и уровню актуального психологического благополучия.

При анализе клинических характеристик было выявлено, что половина и более респондентов отметили присутствие болевого синдрома в рамках типичной

клинической картины инфаркта миокарда (боль за грудиной, в области сердца, отдающая в левую руку). Атипичные проявления отметили только женщины (1 женщина в группе с низким ПБ и 3 в группе со средним уровнем ПБ) (см. таблицу 6). Неприятные ощущения также в большей степени имели типичную симптоматику и локализацию, их отметили как мужчины, так и женщины разного уровня ПБ.

Таблица 6

Распределение психологически благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца, в зависимости от выделения клинических симптомов

Клиническиехарактеристики							
Признак		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	χ2	p
Боль (типичная симптоматика)	Кол-во	8	6	11	9	1,69	
	%	50,0%	50,0%	68,8%	50,0%		
Боль (атипичная симптоматика)	Кол-во	0	1	0	3	5,39	
	%	0,0%	8,3%	0,0%	16,7%		
Неприятн. Ощущ типичные	Кол-во	7	8	5	9	3,59	
	%	43,8%	66,7%	31,3%	50,0%		
Неприятн. Ощущ атипичные	Кол-во	2	0	1	2	1,77	
	%	12,5%	0,0%	6,3%	11,1%		
Одышка	Кол-во	0	5	0	1	17,83	$p \le 0{,}001$
	%	0,0%	41,7%	0,0%	5,6%		
Головокружение	Кол-во	0	3	0	1	9,07	$p \le 0{,}05$
	%	0,0%	25,0%	0,0%	5,6%		

Следует отметить статистически значимую разницу в распределении таких симптомов как Одышка и головокружение, которые были отмечены только пациентами женского пола, и в большей степени женщинами группы низкого уровня актуального психологического благополучия. Одышку отметили 41,7% группы женщин с низким ПБ и 5,6% группы женщин со средним уровнем ПБ ($\chi 2=17{,}83$; $p \le 0{,}001$). Головокружение у 25% женщин с низким уровнем ПБ и у 5,6% со средним уровнем ПБ ($\chi 2=9{,}07$; $p \le 0{,}05$).

Также было проанализировано распределение сопутствующих заболеваний у мужчин и женщин с разным уровнем психологического благополучия (см. таблицу 7). Данные по сопутствующим заболеваниям были получены при анализе медицинских карт пациентов в санатории.

Таблица 7

Распределение психологически благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца в соответствии с количеством сопутствующих заболеваний.

Количество сопутствующих заболеваний		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	Всего
1	Кол-во	0	2	2	1	4
	%	0,00%	18,20%	12,50%	5,60%	6,60%
2	Кол-во	4	4	6	8	22
	%	25,00%	36,40%	37,50%	44,40%	36,10%
3	Кол-во	4	1	4	1	10
	%	25,00%	9,10%	25,00%	5,60%	16,40%
4	Кол-во	3	3	2	1	9
	%	18,80%	27,30%	12,50%	5,60%	14,80%
5	Кол-во	3	0	0	2	5
	%	18,80%	0,00%	0,00%	11,10%	8,20%
6	Кол-во	1	2	2	2	7
	%	6,30%	18,20%	12,50%	11,10%	11,50%
7	Кол-во	1	0	0	3	4
	%	6,30%	0,00%	0,00%	16,70%	6,60%
Всего человек	Кол-во	16	12	16	18	61
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %
($\chi2$=18,42; p = 0,426)						

Распределение количества сопутствующих заболеваний в группах мужчин и женщин с разным уровнем психологического благополучия статистической значимости не имеет. Однако можно отметить, что 50% респондентов групп со средним уровнем ПБ и группа женщин с низким уровне ПБ имеют по 1-2 нозологии, остальные 50% респондентов варьируют по количеству сопутствующих, основному диагнозу, заболеваний. В группе мужчин с низким уровнем ПБ распределение сложилось несколько иначе, в этой группе большинство респондентов (суммарно 62,6%) имеют от 3 до 5 сопутствующих заболеваний. Выявленный характер распределения по группе женщин свидетельствует об отсутствии взаимосвязи количества сопутствующих

заболеваний с уровнем актуального психологического благополучия. В группе мужчин можно говорить о существовании тенденции к взаимосвязи повышения количества сопутствующих нозологий и низкого уровня психологического благополучия.

Резюме к параграфу 3.1

Проанализировав и обобщив представленные выше результаты, можно сделать вывод что рассмотренные клинические характеристики, такие как: степень инвазивности хирургического вмешательства, степень срочности проведения операции, количество сопутствующих заболеваний, наличие жалоб на физическое состояние не имеют особого влияния на уровень психологического благополучия пациентов на санаторном этапе реабилитации. Вне зависимости от психологического и эмоционального состояния пациента перед операцией, которое может сильно варьироваться в зависимости от описанных характеристик, после перенесённой операции, когда пациент находится на этапе стационарной реабилитации (которую в СПб многие пациенты проходят в санаториях кардиологического профиля) данные особенности клинической картины болезни не отражаются на уровне психологического благополучия больных.

3.2 Психологические особенности больных, перенесших операцию на сосудах сердца

В данном параграфе представлено сравнение основных исследуемых психологических характеристик пациентов с ИБС, подвергшихся реваскуляризации миокарда, проходящих реабилитацию в санатории: атрибутов субъектности личности, жизнестойких характеристик и экзистенциальной наполненности для выявления различий по полу и с группами условно здоровых испытуемых, с целью выделить аспекты обособляющиеся в ситуации болезни.

При сравнении средних значений выраженности психологических характеристик в основной группе и группе сравнения был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни.

По результатам сравнительного анализа по опроснику "Уровень развития субъектности личности" были выявлены статистически значимые различия по всем шкалам опросника, кроме "Активность-Реактивность" (см. таблицу 8). По данной шкале обе исследуемые группы имеют средние значения. По остальным шкалам опросника, включая интегральный показатель уровня развития субъектности личности, выраженность атрибутов субъектности личности у пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца значимо ниже, чем у здоровых респондентов.

Таблица 8

Уровень развития субъектности личности в основной группе и группе сравнения

Опросник "Уровень развития субъектности личности"	Основная группа (n=62)		Группа сравнения (n=67)		U Манна-Уитни	p
	M	σ	M	σ		
Активность-Реактивность	30,2	5,7	31,9	6,0	1750,0	
Автономность-Зависимость	31,7	5,4	35,8	7,0	1348,0	,001
Целостность-Дезинтегративность	35,6	6,8	38,8	6,5	1479,0	,01
Опосредствованность-Непосредственность	31,5	6,2	36,1	6,4	1276,0	,001
Креативность-Стандартность	29,1	7,3	34,0	6,6	1289,5	,001
Самоценность-Малоценность	30,8	5,0	34,7	7,4	1340,5	,001
УРСЛ	189,0	27,4	211,3	30,1	1228,0	,001

В основной группе показатели всех шкал опросника находятся в пределах средних значений, в то время как контрольная группа демонстрирует высокие результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что здоровые люди преимущественно проявляют себя как субъекты своего бытия и чаще используют субъектные стратегии поведения, демонстрируя самостоятельность, ответственность за собственную активность, самоуправление и отношение к себе

как ценности. Люди, находящиеся в ситуации болезни, в свою очередь, склонны под воздействием обстоятельств использоваться объектные стратегии поведения, демонстрируют зависимость от среды и окружения, ригидность в использование поведенческих шаблонов, прямолинейного эмоционального реагирования, сосредоточенность на себе и своём заболевании

По результатам сравнительного анализа показателей по тесту жизнестойкости, следует отметить наличие статистически значимых различий по шкалам "Контроль", "Принятие риска" и общему показателю "Жизнестойкость" (см. таблицу 9). Показатели основной исследуемой группы по данным шкалам ниже, чем у группы сравнения, что свидетельствует о наличии у больных с ИБС внутреннего напряжения, которое препятствует эффективному совладанию со стрессом, а также чувства беспомощности в сложившихся обстоятельствах, стремление к комфорту и неготовности к восприятию нового опыта. Средние значения показателей жизнестойкости у условно здоровых респондентов, составляющих группу сравнения, соответствуют нормативным значениям для старшей возрастной группы, описанным Леонтьевым Д.А. и Рассказовой Е.И. (Леонтьев Д.А., Тест жизнестойкости./ Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.).

Таблица 9

Изучение жизнестойкости в основной группе и группе сравнения

Тест жизнестойкости	Основная группа (n=62)		Группа сравнения (n=67)		U Манна-Уитни	p
	M	σ	M	σ		
Вовлеченность	33,8	7,1	35,2	8,1	1903,5	
Контроль	22,9	9,9	26,3	8,0	1660,5	0,05
Принятие риска	12,5	5,6	15,0	5,4	1613,0	0,05
Жизнестойкость	69,2	20,5	76,6	19,2	1667,5	0,05

Анализ экзистенциальной наполненности у пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца показал, что испытуемые, проходящие этап реабилитации после хирургического вмешательства, испытывают сильные затруднения в способности справляться со своими проблемами и собственной жизнью, т.к. по данным сравнительного анализа показатели всех шкал данной методики статистически значимо ниже, чем у респондентов группы сравнения

(см. таблицу 10). Полученные результаты могут свидетельствовать о влиянии актуальной жизненной ситуации больных, стесненных обстоятельств, препятствующих переживанию осмысленности собственной жизни. Можно сделать вывод, что погруженность в ситуацию болезни мешает пациентам, перенесшим операцию на сосудах сердца, ощущать "полноту жизни", осознавать её наполненность смыслом и быть открытым, решительным и эмоционально включенным в процесс проживания жизни человеком.

Таблица 10

Изучение экзистенциальной исполненности в основной группе и группе сравнения

Шкала экзистенции	Основная группа (n=62)		Группа сравнения (n=67)		U Манна-Уитни	p
	M	σ	M	σ		
SD - Самодистанцирование	30,2	6,6	34,9	4,7	1197,0	,001
ST - Самотрансценденция	59,2	11,2	71,0	7,6	764,0	,001
F - Свобода	39,1	6,4	46,6	6,2	916,0	,001
V - Ответственность	46,1	9,6	56,0	7,8	920,5	,001
P - Персональность	89,4	16,3	106,0	10,6	848,5	,001
E - Экзистенциальность	85,2	13,8	102,6	13,0	796,0	,001
G - Общий показатель	174,6	27,5	208,6	22,0	736,5	,001

В результате исследования с применением 8 цветового теста Люшера и его последующей обработки были получены два значимых показателя: "суммарное отклонение от аутогенной нормы" (СО), отражающее уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, присущей респондентам и "вегетативный коэффициент" (ВК), отражающий доминирование тёплых или холодных оттенков в выборе обследуемых, что согласно исследованиям, физиологически соответствует доминированию либо симпатической, либо парасимпатической вегетативной нервной системы. Данная физиологическая составляющая определяет уровень симпатического доминирования, энергоресурсности личности, установки на активность организма или потребности в покое, тем самым, отражает уровень успешности деятельности при данном состоянии вегетативной нервной системы. По результатам анализа "суммарного отклонения от аутогенной нормы" (СО) было выявлено статистически значимое различие между респондентами основной группы и группы сравнения (см. таблицу 11).

Таблица 11

Результаты исследования по цветовому тесту М.Люшера в основной группе и группе сравнения

Цветовой тест М.Люшера	Основная группа (n=62)		Группа сравнения (n=67)		U Манна-Уитни	p
	М	σ	М	σ		
Стандартное отклонение от аутогенной нормы	3,8	1,0	3,0	1,1	1230,5	,001
Вегетативный коэффициент	4,0	1,1	4,6	1,0	1495,5	,01

Пациенты с кардиопатологией в большинстве своём демонстрируют средний и повышенный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. Полученные данные говорят о переутомлении, усталости, сниженной работоспособности. Общий эмоциональный фон, при таких показателях, характеризуется повышенной возбудимостью, тревожностью, неуверенностью. В стрессовой ситуации можно прогнозировать срыв деятельности и поведения.

В группе условно здоровых респондентов, подавляющее большинство (более 75% испытуемых) демонстрируют незначительный уровень или полное отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности, что соответствует проявлению активности, волевого контроля, высокому коэффициенту полезного действия, развитому самоконтролю, готовности к интенсивному труду при наличии мотивации и желания и оптимистичному эмоциональному фону.

По данным показателя вегетативного коэффициента также выявлены значимые статистические различия, однако ориентируясь на оценки, следует отметить, что средние оценки обоих групп в 4-5 баллов соответствуют оптимальному уровню мобилизации физических и психических ресурсов.

Резюмируя полученные данные, можно сделать вывод, что пациенты, проходящие санаторно-восстановительное лечение находятся в состоянии нервно-психической напряженности, однако обладают достаточным количество ресурсов для её преодоления.

Анализ системы отношений мужчин и женщин перенесших операцию на сосудах сердца

Система отношений у больных, перенесших реваскуляризацию миокарда исследовалась с помощью методики "Цветовой тест отношений". На рисунке 3 приведены наглядное изображения уровня значимости предъявляемых испытуемым стимулов. Интересно отметить сопоставление оценок испытыемых по стимулам "Я" и "Я-идеальное". Испытуемые основной группы оценивают реальное "Я" выше, чем идеальны образ. В то время как группа здоровых респондентов наоборот, образ "Я идеальное" оценивает выше. Образ сердца здоровыми оценивается выше, данный факт свидетельствует об изменении в восприятии образа сердца больными людьми в следствии того, что сердце является для них образом идентифицирующимся непосредственно с болезнью.

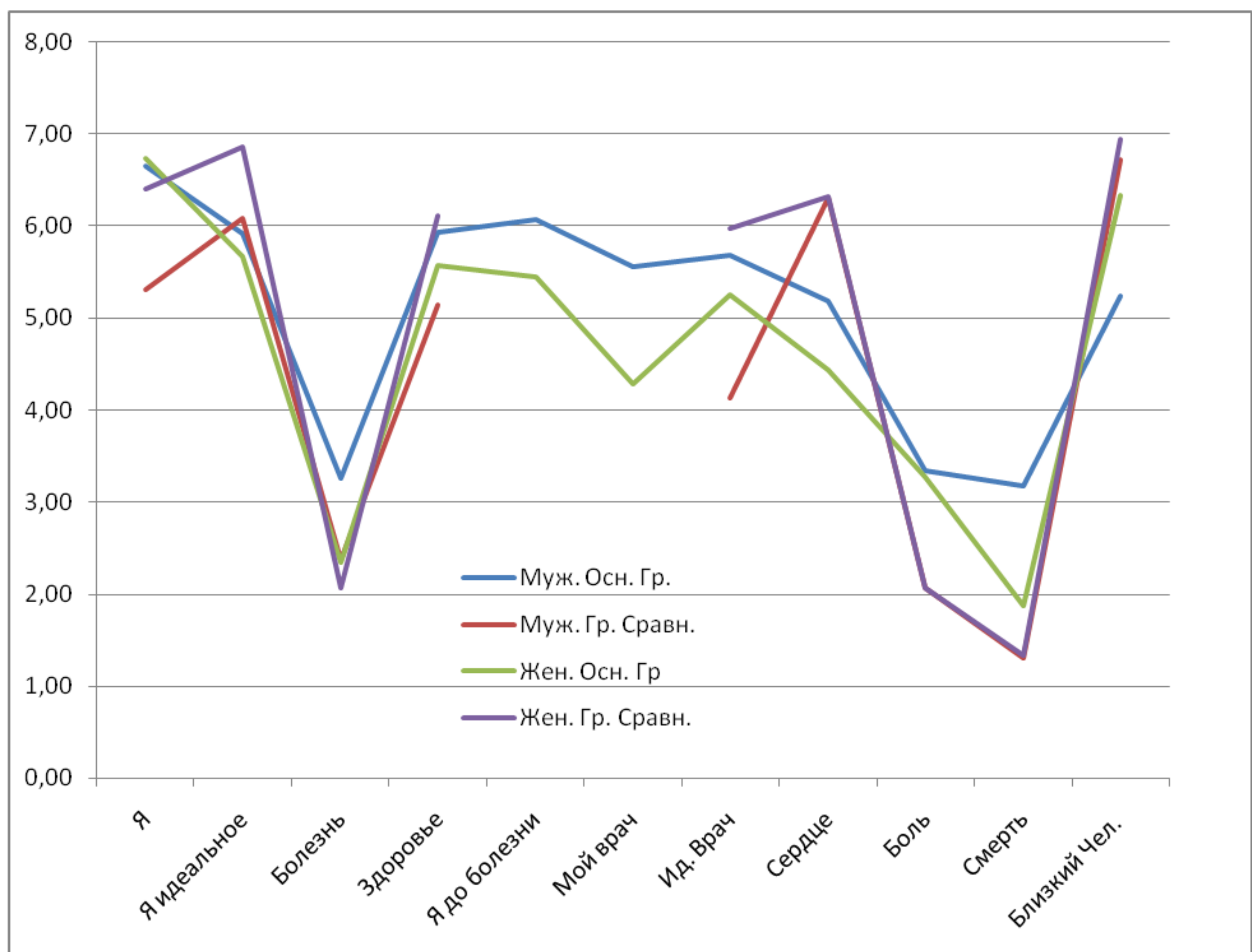


Рисунок 3. Оценка эмоционально-личностного отношения пациентов с ИБС к изучаемым стимулам

Также следует отметить, что для больных актуализируются негативные образы "Боль", "Болезнь" и "Смерть". Больные оценивают негативные образы существенно выше, чем группа здоровых людей. На наш взгляд, это может говорить о том, что не отношение к данным образом положительнее, а образы занимают значимое место в системе отношений больных людей в результате влияния актуального кризиса болезни. Так например, существуют значимые различия в группах мужчин по оценке показателей "Боль" ($p \leq 0,01$) и "Смерть" ($p \leq 0,001$).

По результатам проведенного сравнительного анализа следует отметить, что факт заболевания и перенесенной операции в целом снижает показатели психологического благополучия мужчин и женщин, снижает уровень развития субъектности личности. Полученный профиль субъект-объектных атрибутов у больных, перенесших реваскуляризацию миокарда может складываться под воздействием обстоятельств ситуации болезни и нахождением под стационарным медицинским наблюдением со значительными ограничениями физической активности, выбора продуктов питания и в целом вынужденного ограничения свободы выбора деятельности и места нахождения. Респонденты демонстрируют также низкую экзистенциальную наполненность, осмысленность жизни, ориентируясь на конкретную, актуальную для них жизненную ситуацию, в которой оказались. Для женщин основной группы, в ситуации болезни, актуализируются все вышеперечисленные аспекты, так как факт болезни выходит на первый план. Для мужчин основной группы актуальными становятся стимулы "боль" и "смерть". Но актуальная ситуация не отражается на показателях жизнестойкости, мужчины проявляют такой же уровень стрессоустойчивости, как и здоровые респонденты. Можно говорить о том, что ситуация болезни "отбрасывает" вопросы общего характера, философские размышления, значимость "смыслов", в том числе и сознательных. Человек находится в эпицентре переживания собственной болезни, полностью вовлечен в "соматическую" актуальность своего бытия.

3.2.1 Изучение психологических особенностей мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца

Сравнительных анализ средних по методике исследования "Уровня развития субъектности личности" выявил статистически значимое различие в группах мужчин и женщин с ИБС только по показателю *"Целостность – Дезинтегративность"* (см. таблицу 12). «Способность к интеграции»: по мнению К.А. Абульхановой- Славской - принципиальна в организации своего жизненного пути (К.А. Абульханова-Славская,1991). У мужчин основной группы, в сравнении с женщинами показатели ниже, следовательно мужчины, находящиеся на реабилитации, склонны чаще использовать объектные стратегии поведения. Различия по шкале *"Целостность – Дезинтегративность" (ЦД)* могут говорить о том, что женщины эффективнее интегрированы в социальный контекст, рассматривают себя с социумом как единое целое, при этом не теряя своих границ, то есть ощущения своей самобытности.

Таблица 12

Показатели атрибутов субъектности личности у мужчин и женщин

	Мужчины основной группы (n=32)		Женщины основной группы (n=30)		Уровень значимости различий
	M	σ	M	σ	
Активность-Реактивность	29,56	6,73	30,87	4,44	x
Автономность-Зависимость	32,42	5,71	30,83	4,96	x
Целостность-Дезинтегративность	33,42	6,77	37,98	6,07	p≤0,01
Опосредствован-Непосредственность	31,94	6,50	31,13	5,91	x
Креативность-Стандартность	30,11	8,54	28,01	5,63	x
Самоценность-Малоценность	31,25	5,62	30,41	4,33	x
УРСЛ**	188,71	30,46	189,23	24,28	x

В основной группе только 16 мужчин (50%) из 32 имеют средний результат с тенденцией к высокому и 4 мужчины (6,25%) высокий, в то время как показатели женщин находятся в рамках средне-высоких значений.

По результатам сравнительного анализа по "Тесту жизнестойкости", выявлены значимые различия при сравнении мужчин и женщин основной группы по всем шкалам опросника (см. рисунок 4). У мужчин основной группы все показатели жизнестойкости находятся в рамках нормативных значений, в то время как у женщин с кардиопатологией все компоненты резко снижены. По шкале "Вовлеченность" 14 женщин (47%) имеют низкие значение, а 16 из 30 (53%) средние, что говорит о присутствии у женщин ощущения себя "вне жизни", некой депривации от проживания собственной жизни и активности, отсутствие убежденности в том, что они вовлечены в происходящее вокруг них.



Рисунок 4. Жизнестойкость мужчин и женщин

Условные обозначения к рисунку: ** - p < 0,01; *** - p < 0.001)

По шкале "Контроль" низкие значения выявлены у 20 женщин (67%) и у 10 средние (33%), что свидетельствует о присутствии у женщин ощущения беспомощности перед сложившимися обстоятельствами, проявляющемся в невозможности контролировать исход событий и влиять на результат. Низкие значения по шкале "принятие риска" выявлены у 13 респонденток (43%), средние у 15 (50%) и высокие у 2 (7%). Интересно отметить, что среди компонентов

жизнестойкости, это единственный, по которому у 2 женщин из 30 были зафиксированы высокие значения.

Основной показатель "Жизнестойкость", включающий в себя представленные выше компоненты, у 20 женщин основной группы (67%) имеет низкие значения и у 10 женщин (33%) - средние. Средне-низкие значения по данному опроснику могут говорить низкой жизнестойкости, а именно о невозможности личности успешно противостоять стрессовому воздействию и адекватно реагировать на воздействие стрессогенных факторов.

Для полноты картины субъективного мироощущения пациентов с ИБС, проходящих реабилитацию после операции на сосудах сердца было проведено исследования экзистенциальной наполненности. Шкала экзистенции позволяет оценить степень персональной экзистенциальной наполненности, которая говорит о способности человека справляться с самим собой и с миром, заниматься самим собой и внешними жизненными ситуациями и способность прийти к жизни сформированной со смыслом, с согласованностью со внутренней иерархией ценностей личности.

При проведении сравнительного анализа в зависимости от пола испытуемых значимых статистических различий не обнаружено, как в основной группе, так и в группе сравнения. Из чего можно сделать вывод, что нет зависимости переживания осмысленности и экзистенциальности собственной жизни от пола. Результаты сравнения в группах мужчин и женщин с ИБС с группами условно здоровых людей описано в последующих параграфах.

Психоэмоциональное состояние больных, перенесших операцию на сосудах сердца

Все пациенты поступающие в санаторий для прохождения курса реабилитации проходят скрининг исследование на уровень тревоги и депрессии в условиях стационара по госпитальной шкале тревоги и депрессии, что позволяет выявить первичные проявления данных расстройств. Результаты исследования по госпитальной шкале тревоги и депрессии представлены в таблице 13.

По шкале "Тревога" подавляющее большинство испытуемых, как мужчин, так и женщин имеет нормативные значения, что свидетельствует об отсутствии у испытуемых психологических проявлений тревоги.

По шкале "Депрессия" при сравнительном анализе были выявлены статистически значимые различия. У женщин уровень депрессии выше, чем у мужчин. Среди женщин 7 (23%) имеет клинически выраженную депрессию, 10 (33%) - субклинически выраженную, а у остальных 44% респонденток уровень депрессии в пределах нормы.

Таблица 13

Показатели тревоги и депрессии у мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца.

Шкала тревоги и депрессии	Мужчины основной группы (n=32)		Женщины основной группы (n=30)		Уровень значимости различий
	M	σ	M	σ	
Тревога	4,9688	2,25022	5,8667	2,17721	х
Депрессия	6,0938	2,90005	8,1667	2,80496	$p \leq 0,01$

У мужчин уровень депрессии распределился немного по другому, клинически выраженная депрессия выявлена лишь у 1 мужчины, у 10 (45%) - субклинически выраженная и у 11 мужчин (50%) данные в пределах нормативных значений.

Полученные данные свидетельствуют о существовании различий в эмоциональном состоянии мужчин и женщин. В группе пациентов женского пола выявлен высокий уровень депрессивных переживаний, что говорит о присутствии ряда негативных эмоциогенных факторов, гипотетически связанных с болезнью и необходимости психологического сопровождения женщин с высокими показателями "депрессии" и коррекции их психоэмоционального состояния.

В результате исследования с применением 8 цветового теста Люшера было проанализировано нервно-психического состояние мужчин и женщин, при его обработке были получены два значимых показателя: "суммарное отклонение от аутогенной нормы" (СО), отражающее уровень непродуктивной нервно-

психической напряженности, присущей респондентам и "вегетативный коэффициент" (ВК), отражающий доминирование тёплых или холодных оттенков в выборе обследуемых, что согласно исследованиям, физиологически соответствует доминированию либо симпатической, либо парасимпатической вегетативной нервной системы. Данная физиологическая составляющая определяет уровень симпатического доминирования, энергоресурсности личности, установки на активность организма или потребности в покое, тем самым, отражает уровень успешности деятельности при данном состоянии вегетативной нервной системы. По результатам анализа "суммарного отклонения от аутогенной нормы" (СО) в основной исследуемой группе, было выявлено статистически значимое различие по данному показателю ($p \leq 0,001$) между респондентами мужского и женского пола. Мужчины с кардиопатологией в большинстве своём демонстрируют средний (12 мужчин (37%) и повышенный (9 мужчин (28%) уровень, а у 4 респондентов (13%) данной группы выявлен даже выраженный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности). Полученные данные говорят о наличии у мужчин ощущений переутомления, усталости, сниженной работоспособности. Общий эмоциональный фон, при таких показателях, характеризуется повышенной возбудимостью, тревожностью. В стрессовой ситуации можно прогнозировать срыв деятельности и поведения. По полученным результатам можно сделать вывод, что мужчины находящиеся на реабилитации демонстрируют снижение работоспособности и стрессоустойчивости, резервные ресурсы организма исчерпаны. Таким испытуемым рекомендован покой и время на восстановление ресурсов.

В группе женщин с кардиопатологией у большинства респонденток (19 (63%) из 30 женщин) выявлен незначительный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. Что свидетельствует о достаточности энергоресурсов, стрессоустойчивости, преобладании установки на активную деятельность. Мужчины основной группы демонстрируют также сниженные значения по показателю "вегетативный коэффициент", что говорит о хроническом

переутомлении, неготовности к напряжению, и пассивном реагировании на какие-либо проблемы и трудности.

Следует отметить, что по результатам исследования актуального психо-эмоционального состояния мужчин и женщин с кардиопатологией были получены противоречивые данные. По госпитальной шкале тревоги и депрессии мужчины демонстрируют отсутствие выраженных психологических симптомов того или иного расстройства, в то время как у 23% женщин была диагностирована депрессия на уровне клинической выраженности. В то же время данные 8 цветового теста Люшера демонстрируют противоположные данные, которые свидетельствуют о наличии у мужчин выраженного психологического дискомфорта и высокого уровня нервно-психической напряженности, а у большинства женщин уровень нервно-психической напряженности умеренный и уровень вегетативного коэффициента свидетельствует об оптимальном уровне физических и психических ресурсов. По полученным противоречивым данным, можно предположить, что мужчины не готовы к публичной демонстрации своего реального психоэмоционального состояния, своих переживаний. Результаты обследования мужчин могут иллюстрировать социальный стереотип о необходимости мужчинам демонстрировать свою силу, волевые качества, непоколебимость своего физического и психологического здоровья, установку на запрет проявления эмоций и чувств. В то время как женщины по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии демонстрируют сильные негативные эмоциональные переживания, проявление которых, для окружающих ожидаемо. А по цветовому тесту, женщины демонстрируют адекватный уровень нервно-психической напряженности, активность и готовность действовать в стрессовой ситуации.

3.2.2 Психологические особенности женщин, перенесших операцию на сосудах сердца

В Таблице 14 приведены результаты сравнения уровня развития субъектности личности (УРСЛ) у пациентов с ИБС, перенесших оперативное вмешательство и условно здоровых. Были выявлены статистически значимые различия по четырём атрибутам субъектности из шести и суммарному показателю УРСЛ, значения данных шкал ниже у лиц с ИБС, что говорит о предпочтении больных использовать объектные формы поведения.

Таблица 14

Субъектность личности здоровых женщин и женщин с ИБС

	Женщины с ИБС (n=30)		Женщины здоровые (n=37)	
	M	σ	M	σ
Активность-Реактивность	30,87	4,44	33,52	4,78
Автономность-Зависимость**	**30,83**	**4,96**	**37,54**	**5,72**
Целостность-Дезинтегративность	37,98	6,07	39,97	5,73
Опосредствован-Непосредственность**	**31,13**	**5,91**	**37,41**	**5,69**
Креативность*-Стандартность**	**28,01**	**5,63**	**35,74**	**5,33**
Самоценность-Малоценность**	**30,41**	**4,33**	**36,05**	**8,37**
УРСЛ**	**189,23**	**24,28**	**220,22**	**25,45**

Условные обозначения:

*Достоверные различия с контрольной группой p≤0,05; ** Достоверные различия p≤0,01; ***Достоверные различия p≤0,001.

При этом, "Активность-Реактивность" и "Целостность-Дезинтегративность" сопоставимы по степени выраженности у больных и здоровых респондентов, что свидетельствует об идентичной способности женщин к инициации собственной

активности и интегрированности в социальный контекст, без потери личностных границ.

Выявлены различия по всем показателям жизнестойкости (см. таблицу 15), значения в группе женщин с ИБС ниже, чем в группе условно здоровых. По шкале "Вовлеченность" 14 женщин (47%) имеют низкие значение, а 16 из 30 (53%) средние, что говорит о присутствии у женщин ощущения себя "вне жизни", некой депривации от проживания собственной жизни и активности, отсутствие убежденности в том, что они вовлечены в происходящее вокруг них. По шкале "Контроль" низкие значения выявлены у 20 женщин (67%) и у 10 средние (33%), что свидетельствует о присутствии у женщин ощущения беспомощности перед сложившимися обстоятельствами, проявляющемся в невозможности контролировать исход событий и влиять на результат.

Таблица 15

Жизнестойкость женщин с ИБС и условно здоровых

	Женщины с ИБС (n=30)		Женщины здоровые (n=37)	
	M	σ	M	σ
Вовлеченность*	30,53	5,28	37,44	7,32
Конроль***	17,00	8,03	27,93	6,62
Принятие риска*	10,30	4,87	15,93	5,16
Жизнестойкость***	57,83	15,35	81,30	16,20

Условные обозначения:
*Достоверные различия с контрольной группой $p \leq 0{,}05$; ***Достоверные различия $p \leq 0{,}001$.

Низкие значения по шкале "принятие риска" выявлены у 13 респонденток (43%), средние у 15 (50%) и высокие у 2 (7%). Интересно отметить, что среди компонентов жизнестойкости, это единственный, по которому у 2 женщин из 30 были зафиксированы высокие значения.

Основной показатель "Жизнестойкость", включающий в себя представленные выше компоненты, у 20 женщин основной группы (67%) имеет низкие значения и у 10 женщин (33%) - средние. Средне-низкие значения по данному опроснику могут говорить низкой жизнестойкости, а именно о

невозможности личности успешно противостоять стрессовому воздействию и адекватно реагировать на воздействие стрессогенных факторов.

Таким образом, женщины с ИБС имеют меньшую выраженность способности к совладанию со стрессом в ситуации болезни и её компоненты также значимо ниже, чем у здоровых женщин, что подразумевает снижение их способности и готовности активно и гибко действовать при столкновении с трудностями и стрессогенными событиями, уязвимость к переживаниям стресса.

По результатам исследования экзистенциальной наполненности пациентов, у женщин находящихся на санаторно-восстановительном лечении практически все показатели шкалы экзистенции находятся в пределах значений ниже среднего, в то время как у условно здоровых испытуемых показатели теста варьируют в крайних границах средних значений с тенденцией к высоким (см. таблицу 16).

Таблица 16

Экзистенциальная наполненность женщин с ИБС и женщин группы сравнения

	Женщины с ИБС (n=30)		Женщины здоровые (n=37)	
	M	σ	M	σ
SD**	30,50	7,19	34,85	4,04
ST***	61,50	8,88	70,74	8,49
F***	38,43	6,48	46,52	6,41
V***	46,67	9,18	56,48	7,15
P***	92,00	14,08	105,59	10,28
E***	85,10	13,50	103,00	12,63
G***	177,10	24,15	208,67	19,52

Условные обозначения:
** Достоверные различия $p \leq 0{,}01$; ***Достоверные различия $p \leq 0{,}001$.

При проведении сравнительного анализа средних выявлено, что отмеченные различия статистически достоверны. Низкие значения компонентов экзистенциальной наполненности больных свидетельствуют о неспособности больных к восприятию полноты жизненных переживаний, конструктивно обходиться с самим собой и с миром, быть самим собой, методика не измеряет ни количества проблем, ни степени их тяжести, только то, насколько хорошо человек

может обходиться со своими проблемами, что затруднительно в условиях стационара.

3.2.3 Психологические особенности мужчин, перенесших операцию на сосудах сердца

Сравнение уровня развития субъектности личности в группах мужчин с ИБС и условно здоровых показали наличие статистически значимых различий по всем шкалам методики, за исключение шкалы "АР - Активность-Реактивность", показатели по которой находятся в рамках средних значений у обоих групп (см. таблицу 17).

Таблица 17

Субъектность личности мужчин с ИБС и здоровых мужчин

	Мужчиныс ИБС (n=32)		Мужчины здоровые (n=30)	
	M	σ	M	σ
Активность-Реактивность	29,56	6,73	32,60	7,27
Автономность-Зависимость*	32,42	5,71	37,36	7,60
Целостность-Дезинтегративность**	33,42	6,77	39,73	6,49
Опосредствован*-Непосредственность	31,94	6,50	37,84	6,80
Креативность*-Стандартность	30,11	8,54	34,43	7,37
Самоценность*-Малоценность	31,25	5,62	36,42	5,93
УРСЛ**	188,71	30,46	218,37	30,61

Однако, остальные шкалы: "Автономность-Зависимость", "Целостность-Дезинтегративность", "Опосредствованность -Непосредственность", "Креативность-Стандартность", "Самоценность-Малоценность" и совокупному

показателю УРСЛ имеют более низкие значения у мужчин, перенесших операцию на сосудах сердца, в отличии от условно здоровых сверстников. Показатели основной исследуемой группы находятся в рамках средних значений по шкале, в то время как показатели здоровых испытуемых относятся к средне-высоким и высоким. Полученные данные свидетельствуют о снижении у пациентов с ИБС способности к самоуправлению в ситуации болезни и склонности к объектным формам поведения, т.е. подчиненности обстоятельствам, управляемости и подверженности влиянию со стороны.

Необходимо отметить отсутствие значимых различий в группах мужчин по методике изучения жизнестойкости пациентов, в отличии от группы женщин, мужчины с ИБС имеют сопоставимые по степени выраженности жизнестойкие характеристики (см. таблицу 18). Подавляющее большинство мужчин как здоровых (63%, 19 респондента из 30), так и находящихся на реабилитации (69%, 22 респондента из 32) имеют средний уровень выраженности жизнестойкости и её компонентов, что может говорить о наличии у мужчин более сбалансированной системы убеждений о себе и мире, чем у женщин, которая позволяет им более успешно противостоять ситуации заболевания, воспринимаемой ими как стрессогенной.

Таблица 18

Жизнестойкость мужчин с ИБС и условно здоровых

	Мужчиныс ИБС (n=32)		Мужчиныздоровые (n=30)	
	M	σ	M	σ
Вовлеченность	36,84	7,38	37,20	8,67
Конроль	28,44	8,17	28,40	8,49
Принятие риска	14,53	5,59	15,32	5,01
Жизнестойкость	79,81	19,21	80,92	20,39

По результатам сравнительного анализа в группе мужчин были выявлены статистически значимые различия по всем компонентам шкалы экзистенции (ШЭ) между основной группой испытуемых, т.е. группами мужчин перенесших операцию на сосудах и группой условно здоровых испытуемых (см. таблицу 19).

У пациентов находящихся на санаторно-восстановительном лечении практически все показатели шкалы находятся в пределах значений ниже среднего, в то время как у условно здоровых испытуемых показатели теста варьируют в крайних границах средних значений с тенденцией к высоким. Данные как у мужчин, так и женщин сопоставимы по степени выраженности показателей экзистенциальной наполненности.

Таблица 19

Экзистенциальная наполненность мужчин с ИБС и условно здоровых

	Мужчиныс ИБС (n=32)		Мужчиныздоровые (n=30)	
	M	σ	M	σ
SD***	30,00	6,20	34,64	5,02
ST***	57,00	12,73	71,20	5,42
F***	39,75	6,45	45,60	5,16
V***	45,50	10,15	55,76	7,49
P***	87,00	17,99	105,84	8,88
E***	85,25	14,31	101,36	11,71
G***	172,25	30,44	207,20	20,12

3.2.4 Анализ психологических характеристик больных, перенесших операцию на сосудах сердца, в группах с низким и средним уровнем актуального психологического благополучия

Исходя из результатов предварительного статистического анализа, нами была выдвинута гипотеза о наличии различий психологических характеристик испытуемых в зависимости от уровня их актуального психологического благополучия. Для проверки целесообразности выдвинутой гипотезы основная исследуемая группа (пациенты перенесшие реваскуляризацию миокарда) была разделена на респондентов с низким и средним уровнем актуального психологического благополучия по данным суммарного показателя

психологического благополучия личности по "Шкале психологического благополучия К.Рифф" в адаптации Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко.

В ходе статистической обработки результатов с помощью U критерия Манна-Уитни были выявлены статистически значимые различия ($p\leq0,001$) по всем исследуемым компонентам, которые значимо ниже у пациентов с низким уровнем ПБ, (кроме шкалы "Автономия"), что на наш взгляд, подтверждает адекватность выделения исследуемых групп (см. таблицу 20). По шкале "Автономия" обе исследуемые группы имеют нормативные показатели, статистически значимых отличий не выявлено, что может говорить о том, что независимость респондентов в поведении и принятии решений детерминируется иными, не изучаемыми в данном исследовании характеристиками.

Таблица 20

Выраженность компонентов психологического благополучия у пациентов с низким и средним уровнем.

Компоненты психологического благополучия	Пациенты с низким уровнем ПБ, баллы M±σ (n=28)	Пациенты со средним уровнем ПБ, баллы M±σ (n=34)
Позитив.отношения*	51,18±11,42	60,97±6,75
Автономия	**54,61±8,33**	**56,32±5,76**
Управление средой*	46,39±8,56	56,18±6,45
Личностный рост*	45,46±8,78	54,62±6,52
Цели в жизни*	45,14±8,83	57,56±5,03
Самопринятие*	44,46±7,74	55,65±6,17
Баланс аффекта*	119,04±19,07	95,94±10,11
Осмысленность жизни*	74,75±14,07	91,29±9,48
Человек как откр. система*	57,93±7,117	63,79±6,61
Психологическое благополучие*	280,11±18,23	341,29±18,32
*Достоверные различия p≤0,001		

По результатам сравнительного анализа показателей жизнестойкости в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ (см. таблицу 21) были выявлены статистически значимые различия по шкале "Вовлечённость" и общему показателю "Жизнестойкость" ($p\leq0,05$), у пациентов с низким уровнем психологического благополучия показатели данных шкал имеют низкие и средне-

низкие значения, а у пациентов со средним уровнем ПБ показатели "Вовлеченности" и "Жизнестойкость" находятся в границах нормы, что может говорить о том, что психологическое благополучие взаимосвязано с жизнестойкими характеристиками пациентов, и снижение уровня актуального психологического благополучия отражается на снижении способности больных противостоять стрессогенным факторам жизни, в большей степени из-за отсутствия чувство вовлеченности в происходящее и ощущении себя "вне" жизни.

Таблица 21

Жизнестойкость в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ и контрольной группой.

	Пациенты с низким уровнем, (n=28)		Пациенты со средним уровнем, (n=34)		Контрольная группа, (n=67)	
	M	σ	M	σ	M	σ
Вовлеченность	**31,67***	7,77	**35,52 x**	6,16	35,23	8,13
Контроль	**21****	8,36	24,47	10,85	26,31	7,99
Принятие риска	**11,46****	5,06	13,32	5,99	15	5,44
Жизнестойкость	**64,14****	18,40	**73,32 x**	21,54	76,55	19,22

*Достоверные различия с контрольной группой $p \leq 0,05$; ** Достоверные различия $p \leq 0,01$; x - Достоверные различия в основных группах $p \leq 0,05$.

При сравнении показателей жизнестойкости больных с кардиопатологией с различными уровнями ПБ с группой условно здоровых испытуемых были получены следующие результаты: у пациентов с низким уровнем ПБ все показатели жизнестойкости статистически значимо ниже группы сравнения, а показатели в группе со средним уровнем ПБ практически идентичны данным здоровых респондентов (см. таблицу 21). Полученные результаты свидетельствуют о том, что жизнестойкие характеристики пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца, но имеющих адекватный уровень актуального психологического благополучия имеют настолько же выраженные компоненты жизнестойкости, препятствующие возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях, что и условно здоровые люди, не переживающие, на момент исследования, никаких значимых стрессовых воздействий в виде соматического заболевания, либо других, личностно значимых стрессоров. Следовательно, можно сделать вывод о связи переживания пациентами своего

психологического благополучия или неблагополучия в актуальной жизненной ситуации со способностью людей противостоять трудностям и выдерживать стрессовую нагрузку.

Также, было проведено сравнение показателей "Шкалы экзистенции" в группах разделенных по уровню актуального ПБ, по данным которого выявлены статистически значимые различия по всем шкалам данного опросника (см. рисунок 5). Все данные у пациентов с низким психологическим благополучием значимо ниже (p≤0,001), чем у пациентов с нормальными значениями актуального психологического благополучия. Значения экзистенциальной исполненности пациентов с низким уровнем ПБ находятся в рамках низких, а у пациентов со средним уровнем в рамах средне-низких, не доходя до средних показателей и эта тенденция выявлена по всем компонентам шкалы экзистенции, что может говорить о связи переживания актуального уровня удовлетворенности собственной жизнью с субъективной оценкой человеком собственной жизни и той мерой, насколько конструктивно человек может обходиться с собой, окружающим миром и проблемами.

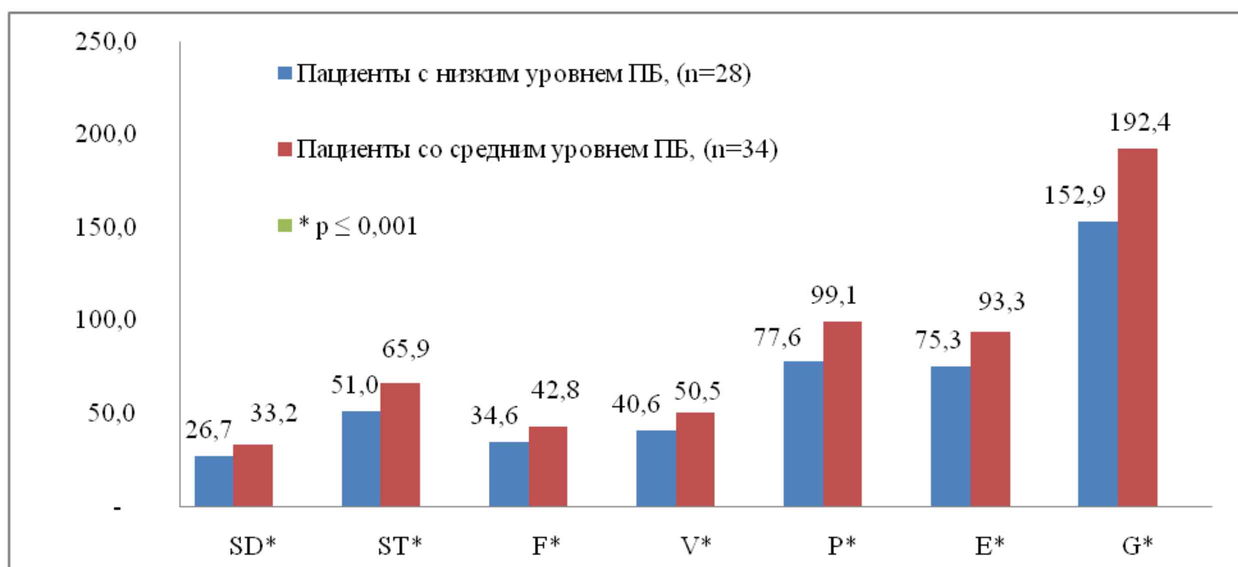


Рисунок 5 Экзистенциальная наполненность пациентов с разным уровнем психологического благополучия

В таблице 22 приведены результаты сравнения основных исследуемых групп с показателями группы сравнения. В представленных данных следует обратить внимание, что существуют статистические отличия по U критерию

Манна-Уитни с разными уровнями значимости, как в сравнении данных экзистенциальной исполненности у группы пациентов низкого уровня ПБ со здоровыми людьми, так и среднего уровня ПБ со здоровыми. Что демонстрирует факт снижения показателей переживания осмысленности жизни у лиц находящихся в ситуации болезни, проходящих курс санаторно-восстановительного лечения после перенесенной операции на сосуда сердца, в отличии от условно здоровых респондентов.

Таблица 22

Экзистенциальная наполненность у пациентов имеющих разный уровень ПБ с данными здоровых респондентов

	Пациенты с низким уровнем, (n=28)		Пациенты со средним уровнем, (n=34)		Контрольная группа, (n=67)		Среднее значение по показателю
	M	σ	M	σ	M	σ	
SD	**26,7*** **	5,2	33,2	6,3	34,9	4,7	35,5
ST	**51,0*** **	10,4	**65,9 xxx**	6,1	71,0	7,6	73
F	**34,6*** **	6,1	**42,8 xx**	4,0	46,6	6,2	49
V	**40,6*** **	9,7	**50,5 xx**	7,0	56,0	7,8	57,5
P	**77,6*** **	14,0	**99,1 xx**	10,8	106,0	10,6	109
E	**75,3*** **	12,8	**93,3 xx**	8,2	102,6	13,0	107
G	**152,9*** **	23,7	**192,4 xxx**	14,4	208,6	22,0	216

** Достоверные различия p≤0,01; *** Достоверные различия p≤0,001
xx - Достоверные различия p≤0,01; xxx - Достоверные различия p≤0,001

В таблице также приведены средние значения по каждому субтесту методики и в сравнении с группой здоровых людей наглядно видно, что даже здоровые люди зрелого возраста не демонстрируют высоких значений по данному опроснику, что на наш взгляд, может быть обусловлено тенденцией имеющей место быть в генеральной совокупности, отражающей низкий уровень погружения людей в переживания собственной жизни как явления и осмысления её с точки зрения наличия в отношении её определенных установок. В то же время, снижение показателей у людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями может стать опорной точно при формирование коррекционных маршрутов при психологическом сопровождении данного контингента в лечебно-профилактических учреждениях.

По результатам сравнительного анализа уровня развития субъектности личности в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ выявлены статистически значимые различия по компонентам "Активность-Реактивность" (p≤0,05), Опосредствованность-Непосредственность (p≤0,05), "Самоценность-Малоценность"(p≤0,001), и общему показателю субъектности "УРСЛ" (p≤0,05) (см. рисунок 6).

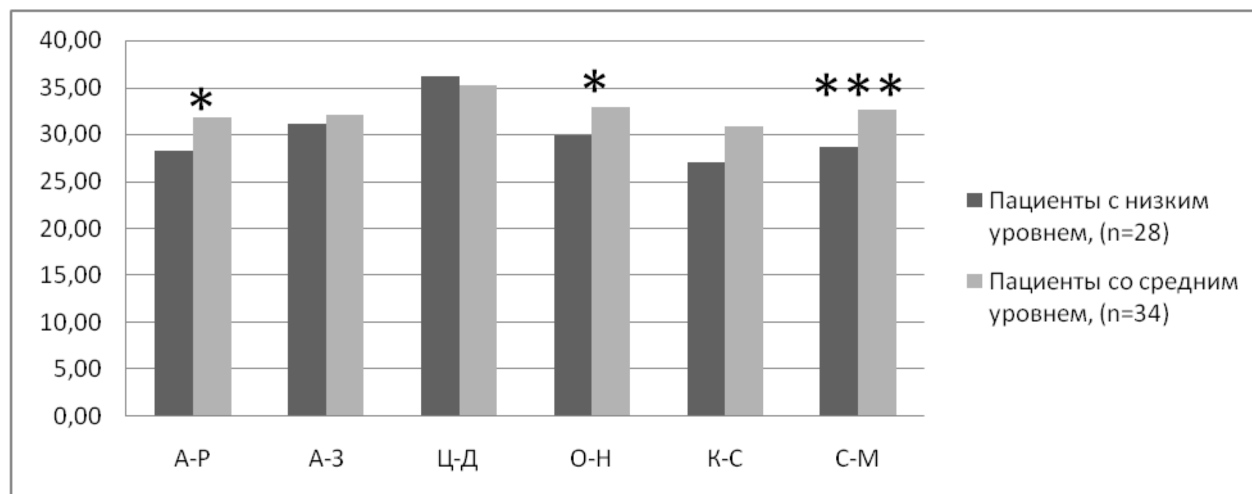


Рисунок 6 Профили субъектности-объектности пациентов с разным уровнем психологического благополучия

Значения по данным компонентам ниже у лиц с низким уровнем ПБ и находятся в границах средних результатов, а значения лиц со средним уровнем ПБ являются средними, но с тенденцией к высоким. Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с низким психологическим благополучием способны осуществлять субъектное самоуправление, но по данным компонентам могут перейти к использованию объектных стратегий поведения под влиянием своего психического состояния и обстоятельств. В данном случае, больным, переживающие неблагополучие в актуальной ситуации свойственен более прямолинейный способ реагирования на окружающую действительность, обусловленный их внутренним состоянием, направленность и активность требует поддержки и внешней стимуляции. Такжеим в большей мере свойственно сверяться с оценкой окружающих. Это может проявляться в том числе и в "Я-концепции", которая зачастую выстроена не на собственных представлениях, а на когда-либо высказанных мнениях других людей, в том числе, врачей. Это может

характеризоваться импульсивностью человека, чье поведение плохо осмыслено: часто он не знает, почему поступил так, а не иначе и не умеет учитывать собственные предпочтения.

При сравнении со здоровыми респондентами (см. таблицу 23) у кардиологических больных обоих уровней актуального ПБ существуют значимые различия по шкалам "Автономность-Зависимость","Креативность-Стандартность","Самоценность-Малоценность", и совокупному показателю "УРСЛ", что говорит об общей тенденции кардиологических больных к использованию объектных паттернов поведения.

Таблица 23

Субъектность личности в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ и контрольной группой

	Пациенты с низким уровнем, (n=28)		Пациенты со средним уровнем, (n=34)		Контрольная группа, (n=67)	
	M	σ	M	σ	M	σ
Активность-Реактивность	**28,29***	5,81	31,76	5,24	31,90	6,03
Автономность-Зависимость	**31,12****	5,55	**32,09 хх**	5,27	35,77	6,98
Целостность-Дезинтегративность	36,15	7,81	35,20	5,91	38,76	6,55
Опосредствованность-Непосредственность	**29,89*****	6,09	32,91	6,01	36,07	6,37
Креативность-Стандартность	**27,03*****	7,10	**30,79 х**	7,12	34,04	6,63
Самоценность-Малоценность	**28,65*****	4,81	**32,65**	4,48	34,74	7,42
УРСЛ	**181,12*****	29,15	**195,41 х**	24,49	211,28	30,12

* Достоверные различия при сравнении с контрольной группой p≤0,05;
** Достоверные различия p≤0,01; *** Достоверные различия p≤0,001
х - Достоверные различияпри сравнении с контрольной группой p≤0,05;
хх - Достоверные различия p≤0,01; ххх - Достоверные различия p≤0,001

Они проявляют склонность перекладывать ответственность на общество и обстоятельства, действовать зачастую "как привык", принимать решения и оценивать самого себя и свои решения с опорой на кого-либо или что-либо.

Следует отметить, что пациенты с низким уровнем ПБ также имеют значимые отличия от выборки здоровых испытуемых по шкалам "Активность-Реактивность" (p≤0,05) и "Опосредствованность-Непосредственность" (p≤0,001), также как и в сравнении с пациентами имеющими средний уровень ПБ, что было описано выше. Здоровые испытуемые имеют сбалансированную систему субъектных компонентов и преимущественно используют субъектные стратегии самоорганизации и социальной активности.

Анализ корреляционных взаимосвязей психологического благополучия с другими исследуемыми характеристиками в группах пациентов с низким и средним уровнем актуального психологического благополучия

По результатам корреляционного анализа (см. таблицу 24) в группе пациентов с низким уровнем ПБ общий показатель психологического благополучия имеет две обратные взаимосвязи с показателями других опросников.

Таблица 24

Статистически значимые взаимосвязи суммарного показателя психологического благополучия личности с другими изучаемыми психологическими характеристиками.

Взаимосвязи в группе пациентов с **низким уровнем** психологического благополучия			Психологическое благополучие	Взаимосвязи в группе пациентов со **средним уровнем** психологического благополучия		
Показатели опросников	**r**	**p**		**r**	**P**	**Показатели опросников**
Контроль	-0,465	0,05		0,434	0,05	Креативность-Стандартность
Жизнестойкость	-0,437	0,05		0,35	0,05	Самоценность-Малоценность
Управление средой	0,497	0,01		0,514	0,01	Вовлеченность
				0,543	0,01	Принятие риска
				0,51	0,01	Жизнестойкость
				0,401	0,05	ST - Самотрансценденция
				0,385	0,05	F - Свобода
				0,378	0,05	Я - идеальное
				0,507	0,01	Сердце
				0,341	0,05	Комплаентность

"Контроль" ($r=-0.46$; $p\leq0.05$) и общий показатель "Жизнестойкость" ($r=-0.44$; $p\leq0.05$), а также прямую внутреннюю взаимосвязь со шкалой "Управление средой". Полученные данные могут свидетельствовать о снижении жизнестойких характеристик и отсутствия у пациентов чувства контроля над ситуацией. Уровень актуального психологического благополучия прямо взаимосвязан с возможностью управлять окружающими обстоятельства. (Работать над ощущением компетентности и контроля за ситуацией - соблюдение рекомендаций, приём лекарств, сбор информации о болезни и лечении, об организме в целом).

В корреляционной плеяде группы среднего уровня ПБ содержится значительно больше взаимосвязей, что говорит о более развитой ресурсной составляющей психологически благополучных пациентов. Выявлены прямые взаимосвязи ПБ со шкалами субъектности личности "Креативность-Стандартность" ($r=0.43$; $p\leq0.05$), и "Самоценность-Малоценность"($r=0.35$; $p\leq0.05$), что говорит о связи повышения чувства положительного самоощущения с широким репертуаром у человека стратегий поведения и взаимодействия с социумом, самодостаточности и высокой степени доверия самому себе в области принятия решений. Взаимосвязи со шкалами жизнестойкости демонстрируют связь ощущения человеком своего психологического благополучия со стрессоустойчивостью, способностью получать удовольствие от деятельности, которой занимается и готовности действовать при отсутствии гарантий успешности действий. Взаимосвязь ПБ с "ST - Самотрансценденцией" ($r=0.401$; $p\leq0.05$) показывает возможность проявления психологического благополучия при наличии значимых для человека, ценностных категорий и способности переживать удовольствие от их наличия. Т.е., посмотрев на данную взаимосвязь с обратной стороны, при отсутствии у человека субъективно значимых для него вещей и переживаний, при эмоциональной уплощенности, когда ничто ни вызывает удовольствия или разочарования, тогда и психологическое благополучие оценить довольно сложно, т.к. отсутствует ценностно-критериальная составляющая. Наличие взаимосвязи с образами "Я-идеальное"

(r=0.38; p≤0.05) и "Сердце" (r=0.507; p≤0.01), демонстрирует направленность на развитие собственного Я, когда человек психологически благополучен и более высокую субъективную эмоциональную оценку образа своего сердца. Прямая взаимосвязь с показателем "Комплаентность" говорит о наличии взаимосвязи повышения субъективного ощущения своего благополучия с повышением приверженности лечению и наоборот, не ощущая психологического благополучия, находясь в ситуации болезни, комплаентность также будет снижаться.

3.2.5 Социально-психологические особенности пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца

В данном параграфе представлены результаты клинико-психологического исследования пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца, проведенного в период реабилитации в санаторном стационаре (n=62). Изучены особенности проявления эмоционального состояния при оглашении диагноза и эмоционального состояния в момент исследования, субъективное восприятие отношения родственников и стрессонаполненность жизни пациентов.

Эмоциональное состояние у больных перенесших операцию на сосудах сердца

При интервьюировании пациентов отмечались их первые запомнившееся эмоциональные реакции, когда им сообщили о диагнозе (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда), таким образом все их ответы были сгруппированы по схожим эмоциональным проявлениям и проанализировано распределение частоты встречаемости каждой реакции по группам мужчин и женщин с разным уровнем актуального психологического благополучия на момент исследования (см. таблицу 25).

Таблица 25

Распределение частоты встречаемости различных эмоциональных реакций на факт ИБС по группам благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца

Первая эмоциональная реакция на болезнь							
Признак		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	χ2	p
Удивление*	Кол-во	**2**	**1**	**4**	**0**	5,42	
	%	12,5%	8,3%	25%	0,0%		
Отрицание ("не может быть")	Кол-во	4	4	1	10	10,02	$p \leq 0{,}05$
	%	25,0%	33,3%	6,3%	55,6%		
Страх	Кол-во	6	5	1	9	7,96	$p \leq 0{,}05$
	%	37,5%	41,7%	6,3%	50%		
Беспомощность	Кол-во	5	3	5	5	0,185	
	%	31,3%	25,0%	31,3%	27,8%		
Разочарование в привычном стиле жизни*	Кол-во	**5**	**5**	**1**	**7**	5,85	
	%	31,3%	41,7%	6,3%	38,9%		
Депрессивные переживания	Кол-во	1	3	3	3	1,93	
	%	6,3%	25,0%	18,8%	16,7%		
Недоверие врачам	Кол-во	0	0	1	2	3,03	
	%	0,0%	0,0%	6,3%	11,1%		

По частоте встречаемости различных эмоциональных реакций на болезнь были выявлены статистические значимые различия по реакции "Отрицание (не может быть)" (χ2=10,02; $p \leq 0{,}05$), которая чаще всего отмечена у 55,6% психологически благополучных женщин, и практически не встречается у психологически благополучных мужчин (только у 1 человека 6,3%). В группе пациентов с низким психологическим благополучием отрицание встречается у 25% мужчин и 33,3% женщин. Также были выявлены статистические значимые различия по реакции "Страх" (χ2=7,96; $p \leq 0{,}05$), чаще всего она встречается у психологически благополучных женщин (50%) и неблагополучных мужчин (37,5%).

*Важно отметить, по таким реакциям как "Удивление" и "Разочарование в привычном стиле жизни", по которым не выявлено статистически значимых различий в частотном распределении, существует особенность. Так например, "Удивление" - эмоциональная реакция присущая в большей мере мужчинам, её

отметили 12,5% мужчин с низким ПБ и 25% мужчин со средним, в то время как у женщин только одна пациентка отметила, что удивилась, когда узнала что перенесла инфаркт миокарда.А "разочарование в привычном стиле жизни" чаще отмечали мужчины с низким уровнем актуального психологического благополучия (31,3%), в то время как в группе психологически благополучных мужчин разочарованием поделился только 1 (6,3%). В тоже время, разочарование в привычном стиле жизни отметили около 40% женщинобоих групп психологического благополучия.

Таким образом, по результатам анализа распределения эмоциональных реакций можно отметить существование взаимосвязи частоты встречаемости конкретных эмоций с уровнем психологического благополучия и пола пациентов. Реакции отрицания и страха чаще встречаются у психологически благополучных женщин и неблагополучных мужчин. Также мужчины с низким уровнем ПБ чаще отмечали "разочарование в привычном стиле жизни".

В интервью также анализировались изменения в эмоциональной сфере (см. таблицу 26), пациентов просили описать какие мысли и чувства они переживают в отношении своего заболевания на момент исследования.

Были выявлены значимые различия по частоте встречаемости проявлений "Страха" ($\chi2=17{,}58$; $p \le 0{,}001$). Страх отметили только женщины, женщины обоих выделенных групп психологического благополучия (около 40% в каждой группе). Вызывает интерес тот факт, что мужчины, отмечали страх в качестве первичной реакции на болезнь, но в момент исследования ни один пациент мужского пола не отметил переживание страха.

* Стоит отметить также различия выявленные нами по результатам качественного анализа интерпретации таблиц сопряженности по частоте встречаемости "Тревоги", которую в группе мужчин на 20% чаще отмечают

психологически благополучные пациенты. У женщин "Тревога" проявляется с идентичной частотой в обоих группах психологического благополучия (в среднем её отмечают 60% респонденток.

Таблица 26

Распределение частоты встречаемости различных эмоциональных реакций на момент исследования, по группам благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца

Эмоциональные особенности пациентов в момент исследования							
Признак		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	χ2	p
Страх	Кол-во	0	5	0	8	17,58	*p*≤ 0,001
	%	0,0%	41,7%	0,0%	44,4%		
Тревога*	Кол-во	4	7	7	11	5,23	
	%	25,0%	58,3%	43,8%	61,1%		
Тоска	Кол-во	5	5	3	7	2,19	
	%	31,3%	41,7%	18,8%	38,9%		
Сожаления о прошлом	Кол-во	3	1	2	2	0,76	
	%	18,8%	8,3%	12,5%	11,1%		
Принятие ("жить сколько дано")	Кол-во	3	2	1	3	1,22	
	%	18,8%	16,7%	6,3%	16,7%		
Беспокойство за будущее*	Кол-во	6	1	7	3	6,2	
	%	37,5%	8,3%	43,8%	16,7%		
Без измерений	Кол-во	1	3	1	1	4,03	
	%	6,3%	25,0%	6,3%	5,6%		

Реакция родственников

Анализ частоты встречаемости реакций со стороны ближайших родственников (супругов и детей), которые отмечали пациенты (см. таблицу 27), показал, что "Спокойная реакция" ($\chi 2=17,58$; $p \le 0,1$)отмечена только мужчинами (18,8% в группе с низким уровнем ПБ и 6,3% в группе со средним уровнем ПБ). "Опёку" ($\chi 2=13,85$; $p \le 0,01$) среди пациентов мужского пола, отмечают только психологически благополучные пациенты (25%), а среди пациентов женского пола "Опёку" родственников на 40% чаще отмечают пациентки с низким уровнем ПБ (58,3% женщин с низким уровнем ПБ; 16,7% женщин со средним уровнем ПБ). Распределение частот по "Проявлению заботы" родственников не отмечены статистически значимыми, однако мы обратили внимание на более высокий процент у психологически благополучных пациентов

обоих полов. Такие реакции как "Шок" и "Беспокойство" встречаются в диапазоне от 30% до 60% испытуемых и по частоте сопоставимо распределены во всех анализируемых группах.

Таблица 27

Распределение частоты встречаемости различных эмоциональных реакций родственников, по группам благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца.

Реакция родственников на ситуацию болезни							
Признак		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	$\chi 2$	p
Спокойная реакция	Кол-во	3	0	1	0	6,08	$p\leq 0,1$
	%	18,8%	0,0%	6,3%	0,0%		
Шок	Кол-во	5	8	7	9	3,59	
	%	31,3%	66,7%	43,8%	50,0%		
Беспокойство	Кол-во	6	4	7	7	0,33	
	%	37,5%	33,3%	43,8%	38,9%		
Проявление заботы*	Кол-во	8	6	11	11	1,57	
	%	50,0%	50,0%	68,8%	61,1%		
Опёка	Кол-во	0	7	4	3	13,85	$p\leq 0,01$
	%	0,0%	58,3%	25,0%	16,7%		

Стресс

Полуструктурированное интервью также было направлено на анализ стрессового воздействия на пациентов с ИБС, перенесших операцию на сосудах сердца. С опорой на концепцию американских психиатров Томаса Холмса и Ричарда Рейха (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967) о воздействии стрессогенных событий жизни, респонденты указали эмоциогенные события, вызывавшие у них волнение за последние пол года, год до госпитализации (см. таблицу 28). Пациенты были проинструктированы о стрессовом воздействии не только негативных, но и условно позитивных событий (например: свадьба, рождение ребёнка, юбилей, отпуск и прочее). Анализируя распределение частоты встречаемости стрессогенных событий в жизни пациентов с ИБС до болезни,

выявлены гендерные особенности: "Свадьба" ($\chi2=7,66$; $p \leq 0,05$) и "Болезни и недомогания" ($\chi2=9,72$; $p \leq 0,05$) отмечены только респондентами мужского пола.

Таблица 28

Распределение частоты встречаемости стрессогенных событий, по группам благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца.

Стрессогенные события жизни пережитые за 0.5-1 год до болезни							
Признак		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	χ2	p
Порча имущества	Кол-во	0	0	1	3	5,04	
	%	0,0%	0,0%	6,3%	16,7%		
Свадьба (Своя и детей)	Кол-во	2	0	4	0	7,66	p≤ 0,05
	%	12,5%	0,0%	25,0%	0,0%		
Развод	Кол-во	0	1	0	1	2,38	
	%	0,0%	8,3%	0,0%	5,6%		
Смерть близких	Кол-во	1	1	1	2	3,69	
	%	6,3%	8,3%	6,3%	11,1%		
Смена работы	Кол-во	1	1	0	1	1,22	
	%	6,3%	8,3%	0,0%	5,6%		
Проблемы на работе*	Кол-во	9	4	5	7	2,49	
	%	56,3%	33,3%	31,3%	38,9%		
Проблемы детей	Кол-во	0	4	0	4	10,58	p≤ 0,05
	%	0,0%	33,3%	0,0%	22,2%		
Рождение внуков	Кол-во	0	2	1	3	3,61	
	%	0,0%	16,7%	6,3%	16,7%		
Болезнь близких	Кол-во	1	5	0	7	12,93	p≤ 0,01
	%	6,3%	41,7%	0,0%	38,9%		
Бытовые ссоры*	Кол-во	3	6	3	3	0,37	
	%	18,8%	50,0%	18,8%	16,7%		
Болезни и недомогания	Кол-во	5	0	3	0	9,72	p≤ 0,05
	%	31,3%	0,0%	18,8%	0,0%		
Повседневный стресс*	Кол-во	9	5	7	12	2,58	
	%	56,3%	41,7%	43,8%	66,7%		

"Свадьба", как стрессогенное событие, пережили 12,5% мужчин с низким уровнем ПБ и 25% мужчин со средним уровнем ПБ. "Болезни и недомогания встречались у 31,3% мужчин группы низкого психологического благополучия и 18,8% мужчин группы среднего уровня актуального психологического благополучия. Такие события как "Проблемы детей" ($\chi2=10,58$; $p \leq 0,05$) и "Болезни близких" ($\chi2=12,93$; $p \leq 0,01$) отмечены пациентками женского пола.

"Проблемы детей" выделили как стрессовые события 33,3% женщин с низким уровнем ПБ и 22,2% женщин со средним уровнем ПБ, а "Болезни близких" отметили 41,7% женщин группы психологически неблагополучных и 38,9% женщин группы среднего психологического благополучия. По частоте встречаемости данных событий прослеживается ориентация женщин на проблемы ближайшего окружения в большей степени, нежели свои собственные, в то время как мужчины отмечают стрессовые факторы, непосредственным субъектом которых они являлись.

*Следует отметить, что "Повседневный стресс", т.е. мелкие повседневные беспокойства и неурядицы респонденты отмечают чаще других событий.

Также отметим тот факт, что "Проблемы на работе" на 20% чаще были стрессом для мужчин с низким уровнем психологического благополучия, нежели для испытуемых других групп сравнения, а "Бытовые ссоры" на 20% чаще других отмечали женщины с низким уровнем ПБ. Выделенные особенности говорят о том, что пациенты с низким уровнем актуального психологического благополучия чаще испытывали стрессовое воздействие различных событий и факторов жизни, чем пациенты группы адекватного уровня ПБ.

Следующим этапом интервью мы проанализировали стрессонаполненность жизни пациентов непосредственно на момент исследования. Испытуемым был предложен список различных факторов, и предложение выделить 2-3 фактора, которые в ситуации болезни беспокоят их больше всего. В предложенный к анализу список они, по желанию, могли внести свои варианты ответов, если не нашли наиболее подходящий.

По результатам проведенного частотного анализа были выявлены статистически значимые различия распределения по нескольким стрессогенным факторам (см. таблицу 29). "Работоспособность после реабилитации" ($\chi2=10,64$; $p \leq 0,05$) волнует в большей мере мужчин (81,3%) и женщин (66,7%) со средним уровнем психологического благополучия. Беспокойство по поводу "Возможных осложнений" ($\chi2=11,47$; $p \leq 0,01$) сравнительно чаще отмечают группы с низким психологическим благополучием, среди мужчин 31,3%, а среди женщин 66,7%.

Таблица 29

Распределение частоты встречаемости наиболее стрессогенных факторов в ситуации болезни, выделенные пациентами в момент исследования, по группам благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца.

Наиболее стрессогенные факторы в ситуации болезни, выделенные пациентами в момент исследования							
Признак		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	χ2	p
Работоспособность после реабилитации	Кол-во	7	3	13	12	10,64	$p \leq 0,05$
	%	43,8%	25,0%	81,3%	66,7%		
Болевые/неприятные ощущения	Кол-во	2	2	2	3	0,22	
	%	12,5%	16,7%	12,5%	16,7%		
Возможные осложнения	Кол-во	5	8	1	6	11,47	$p \leq 0,01$
	%	31,3%	66,7%	6,3%	33,3%		
Процедуры	Кол-во	1	1	0	3	3,27	
	%	6,3%	8,3%	0,0%	16,7%		
Исход заболевания	Кол-во	5	0	1	4	6,66	$p \leq 0,1$
	%	31,3%	0,0%	6,3%	22,2%		
Изменения стиля жизни*	Кол-во	8	6	11	12	2,006	
	%	50,0%	50,0%	68,8%	66,7%		
Новая информация о болезни и лечении	Кол-во	2	7	7	7	5,79	
	%	12,5%	58,3%	43,8%	38,9%		
Общение с врачом	Кол-во	0	1	2	3	2,89	
	%	0,0%	8,3%	12,5%	16,7%		
Общение с людьми	Кол-во	1	2	1	2	1,14	
	%	6,3%	16,7%	6,3%	11,1%		
"Сам себя накручиваю"	Кол-во	4	4	5	8	1,51	
	%	25,0%	33,3%	31,3%	44,4%		
Ухудшение самочувствия*	Кол-во	3	5	3	9	5,75	
	%	18,8%	41,7%	18,8%	50,0%		

Различия на уровне тенденции обнаружены по показателю "Исход заболевания", под которым больные понимают многовариантность собственного будущего после выписки из санаторного стационара, такие варианты как: будут ли проявляться симптомы, смогу ли заниматься тем же, чем и раньше и прочее. Данный фактор чаще отмечали мужчины с низким уровнем ПБ (31,3%) и женщины со средним уровнем ПБ (22,2%).

* По результатам качественного анализа следует отметить что беспокойства по поводу "Ухудшений самочувствия" на 20-30% чаще отмечают респонденты

женского пола, а "Изменения стиля жизни" на 15-20% чаще беспокоит пациентов ощущающих себя психологически благополучными.

Резюмируя результаты анализа наиболее стрессогенных факторов в ситуации болезни можно сделать вывод, что пациенты в группах низкого уровня ПБ погружены в ситуацию болезни и всё своё бытие сконцентрировали на переживании собственной болезни, возможных ухудшений и осложнений связанных с ней. В тоже время психологически благополучные пациенты направлены в будущее, где они уже пережили кризис болезни и готовятся менять жизнь согласно тем ограничениям, которые необходимо будет привнести, в большей мере они отмечают проблему трудоспособности после прохождения комплекса реабилитационных процедур.

Для создания более полной и информативной картины стрессового воздействия на пациентов, интервью включало также вопросы о способах поведения в трудных, стрессогенных ситуациях. Испытуемые могли выбрать варианты ответа из предложенных, либо добавить собственные стратегии поведения в стрессе.

Распределение частот выявило следующие значимые различия (см. таблицу 30): "Отвлечение" ($\chi2=17,06$; $p \leq 0,001$)как способ справиться с беспокойством чаще отмечают пациенты женского пола (75% женщин с низким уровнем ПБ и 83,3% женщин со средним уровнем ПБ). Мужчины, в свою очередь, чаще отмечают "Планирование решения проблемы" ($\chi2=10,12$; $p \leq 0,05$). Продумывают варианты действий 25% мужчин группы низкого уровня ПБ и 31,3% мужчин группы среднего уровня ПБ. "Больше работать", при возникновении различных трудностей жизни ($\chi2=8,05$; $p \leq 0,05$)стараются мужчины со средним уровнем психологического благополучия (37,5%).

*При проведении качественного анализа было выявлено, что к помощи "Еды/алкоголя/лекарств" чаще прибегают мужчины с низким уровнем психологического благополучия (43,8%). Также они чаще стараются "Не думать о волнующей ситуации" (43,8%), этим же способом совладания часто пользуются и женщины группы среднего уровня ПБ (44,4%) Следует отметить, что у пациентов

также был вариант "Думать о хорошем", т.е. переоценить ситуацию, либо переключится на более позитивные и жизнерадостные темы для размышлений, но данный способ отметили не более 2-3 человек в каждой группе.

Таблица 30

Распределение частоты встречаемости различных способов совладания со стрессом,по группам благополучных и неблагополучны мужчин и женщин, перенесших операцию на сосудах сердца.

Способы совладания со стрессом							
Признак		Мужчины низкий уровень ПБ (n=16)	Женщины низкий уровень ПБ (n=12)	Мужчины средний уровень ПБ (n=16)	Женщины средний уровень ПБ (n=18)	χ2	p
Саморегуляция	Кол-во	6	3	4	4	1,14	
	%	37,5%	25,0%	25,0%	22,2%		
Отвлечение	Кол-во	4	9	5	15	17,06	$p \leq 0,001$
	%	25,0%	75,0%	31,3%	83,3%		
Еда/Алкоголь/ лекарства*	Кол-во	7	2	3	3	4,52	
	%	43,8%	16,7%	18,8%	16,7%		
Планирование решения проблемы	Кол-во	4	0	5	0	10,12	$p \leq 0,05$
	%	25,0%	0,0%	31,3%	0,0%		
Активные действия по решению	Кол-во	1	3	1	1	4,01	
	%	6,3%	25,0%	6,3%	5,6%		
Больше работать (уход в работу)	Кол-во	1	2	6	1	8,05	$p \leq 0,05$
	%	6,3%	16,7%	37,5%	5,6%		
Думать о хорошем	Кол-во	2	3	2	2	1,33	
	%	12,5%	25,0%	12,5%	11,1%		
Не думать о волнующей ситуации*	Кол-во	7	3	4	8	2,45	
	%	43,8%	25,0%	25,0%	44,4%		
Переоценить ситуацию	Кол-во	0	1	1	2	1,82	
	%	0,0%	8,3%	6,3%	11,1%		

Таким образом, выявлены различия характеристик стрессогенных событий и способов борьбы с их стрессовым влиянием в зависимости от пола пациентов и уровня их актуальногопсихологического благополучия, на момент реабилитации.

3.2.6 Результаты корреляционного анализа компонентов психологического благополучия в группах мужчин и женщин с разным уровнем психологического благополучия

В данном параграфе приводится анализ структуры психологического благополучия личности больных с ИБС, перенесших операцию на сосудах сердца. Так как психологическое благополучие является суммарным показателем и оценивается по степени выраженности различных аспектов жизни человека и его личностных особенностей, то выявленные значимые корреляционные взаимосвязи между компонентами внутри методики "Шкала психологического благополучия К.Рифф" (с помощью корреляционного анализа Пирсона), позволили создать и проанализировать плеяды, отражающие структуру отношений между компонентами основного исследуемого конструкта, а взаимосвязи с другими психологическими характеристиками дополнили картину. Были проанализированы корреляционные плеяды в группах мужчин с низким и средним уровнем ПБ и в группах женщин с низким и средним уровнем ПБ.

Анализ корреляционных взаимосвязей в группе женщин с низким уровнем психологического благополучия не выявил взаимосвязей суммарного компонента ПБ с его компонентами. Структура межкомпонентных взаимосвязей организована двумя отдельными плеядами, не имеющими перекрестных взаимосвязей (см. рисунок 7). Ядром первой плеяды является сильная прямая взаимосвязь шкал "Осмысленность жизни" и "Цели в жизни" ($r = 0,75; p \leq 0,01$), таким образом, наличие у пациенток целей и ориентиров придают жизни осмысленность. Шкала "Осмысленность жизни" имеет ещё одну обратную взаимосвязь со шкалой "Автономность" ($r = -0,59; p \leq 0,05$), данная взаимосвязь, говорит о том, что ощущение осмысленности жизни, у субъективно неблагополучных в психологическом плане женщин, достигается за счет снижения автономии, т.е. только при опоре на мнение окружающих, оценку поведения и любых принимаемых решений с их стороны. "Цели в жизни" тоже имеют обратную

взаимосвязь с "Автономией" (r = -0,63;p≤0,05), что говорит о социальной ориентации целеполагания в жизни женщин. Выявлена также обратная взаимосвязь шкалы "Цели в жизни" с "Управление средой" (r = -0,63;p≤0,05), которую можно интерпретировать как противопоставление чувства компетентности в управлении повседневными делами и способности эффективно использовать обстоятельства убеждениям, придающим жизни осмысленность. Т.к. женщины склонны в большей степени заботится об ожиданиях и оценках со стороны других людей (низкий уровень автономности), то компетентность в управлении окружающей средой будет снижаться, т.к. управление ей передано в руки социума.

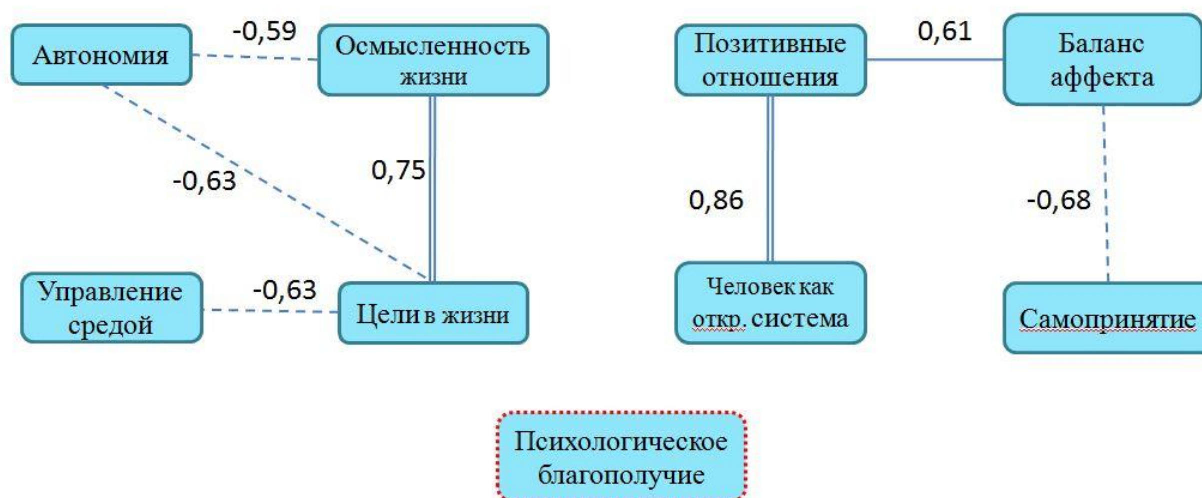


Рисунок 7. Статистически значимые взаимосвязи компонентов психологического благополучия в группе женщин с низким уровнем ПБ

Центральным звеном второйплеядыявляется сильная прямая взаимосвязь шкалы "Позитивные отношения" и "Человек как открытая система" (r = 0,86;p≤0,01), которая говорит о связи способности к интегрированию отдельных составляющих своего жизненного опыта и открытость новому с умением формировать и поддерживать теплые доверительные отношения с другими людьми. Выявлена также прямая взаимосвязь шкалы "Позитивные отношения" и "Баланс Аффекта" (обратная шкала, чем выше показатели тем негативнее оценка) (r = 0,61;p≤0,05), которая носит противоречивый характер, но можно предположить что она говорит о наличии фрустрационных переживаний в

области межличностных отношений, неуверенности или неудовлетворенности в собственной компетентности в данном аспекте. "Баланс аффекта" обратно взаимосвязан с "Самопринятием" ($r = -0{,}68; p \leq 0{,}05$), что демонстрирует связь позитивной оценки и принятии себя со своими достоинсвами и недостатками с чувством уверенности в себе, своих возможностях и своей социальной компетентности.

Таким образом, можно предположить, что психологическое благополучие у женщин, перенесших операцию на сосудах сердца, с низким уровнем данного параметра, напрямую не определяется через конкретные компоненты. Они демонстрируют две стратегии оценки своего актуального психологического состояния. С одной стороны женщины могут достичь благополучия через осмысленность своего прошлого, настоящего и наличия целей в жизни, при этом стремясь к самоопределению и независимости от социальной среды. С другой стороны психологическое благополучие в исследуемой группе может достигаться за счет социальной компетентности и способности к формировать и поддерживать контакты с окружающими и интегрированность в социальный контекст жизни.

Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия с другими исследуемыми психологическими характеристиками выявил наличие тесных взаимосвязей со шкалой теста жизнестойкости "Контроль"(см. таблицу 31). Важно отметить что ядро первой корреляционной плеяды состоящее из шкал "Осмысленность жизни" ($r = 0{,}63; p \leq 0{,}05$)и "Цели в жизни" ($r = 0{,}68; p \leq 0{,}05$)имеют прямые взаимосвязи со шкалой "Контроль", свидетельствующие о связи того что, убежденность в возможности контролировать события своей жизни способствует повышению степени её осмысленности и наличию целей. А также "Контроль" имеет обратные взаимосвязи с показателями "Автономия" ($r = -0{,}66; p \leq 0{,}05$), "Позитивные отношения"($r = -0{,}73; p \leq 0{,}01$) и "Человек как отрытая система"($r = -0{,}69; p \leq 0{,}05$) (см. табл. 32), которые подтверждают предположение о том, что ориентируясь на социальный контекст жизнедеятельности, женщины в меньшей степени ощущают свою компетентность и способность управлять ситуацией.

Таблица 31

Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия в группе женщин с низким уровнем ПБ

	Автономия	Цели в жизни	Осмысленность жизни	Управление средой
Контроль	-0,66*	0,63*	0,68*	-
Е-Экзистенциальность	0,64*	-	-	-
Комплаенс	0,82**	-0,60*	-	-
Соблюдение диеты	0,82**	-	-	-
Соблюдение режима	0,87**	-	-	-
Я до болезни	-	-	-	0,64*
Опосредствованность-Непосредственность	-	-	-	-0,67*
* Уровень значимости p≤0,05; ** Уровень значимости p≤0,01				

Таблица 32

Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия в группе женщин с низким уровнем ПБ

	Позитивные отношения	Чел-к как откр. сис-ма
Контроль	-0,73**	-0,69*
Жизнестойкость	-	-0,74**
V - Ответственность	-	-0,61*
Мой врач	-0,74**	-0,60*
Идеальный врач	-0,64*	-
Комплаенс	0,58*	-
* Уровень значимости p≤0,05; ** Уровень значимости p≤0,01		

"Автономия" напрямую взаимосвязана со показателем "Е-Экзистенциальность" (r = 0,64;p≤0,05)шкалы экзистенции, что может характеризовать связь независимости личности со способностью конструктивно и решительно взаимодействовать с внешним миром. С точки зрения практичестик результатов, следует подчеркнуть наличие значимых взаимосвязей "Автономии" с показателями "Комплаенс", т.е. степень приверженности лечению и медицинским рекомендациям (r = 0,82; p≤0,01), "Соблюдение диеты" (r = 0,82; p≤0,01) и "Соблюдение режима" (r = 0,87; p≤0,01). Выявленные взаимосвязи говорят о том, что ощущение собственной независимости, способность соблюдать баланс между

собственными и социальными интересами прямо связано со степенью приверженности к лечению и соблюдению рекомендаций медицинского персонала. "Цель в жизни" обратно взаимосвязана с показателем "Комплаенс" ($r = -0,60$; $p \leq 0,05$), который пациенты оценивали во время интервьюирования. Эта взаимосвязь может отражать факт наличия у женщин с низким психологическим благополучием сторонних целей в их жизни не связанных с состоянием здоровья, и их осуществление может вступать в противоречие с медицинскими предписаниями в реабилитационном периоде лечения. Выявлена прямая взаимосвязь компонента ПБ "Управление средой" с образом "Я до болезни ($r = 0,64$; $p \leq 0,05$), которая говорит о том, что компетентность женщины в управлении повседневными делами связана с эмоционально личностной оценкой их образа самих себя до манифестации болезни, что проявляется при общении с данным контингентом, когда женщины вспоминают как хорошо они справлялись с делами и как много различных занятий у них было до госпитализации и в некоторых случаях выражают сожаления, что после операции вынуждены следовать объективным ограничениям активности. "Управление средой" также имеет обратную взаимосвязь с атрибутом субъектности личности "Опосредствованность-Непосредственность" ($r = -0,67$; $p \leq 0,05$), которая свидетельствует о том что, чем лучше женщина будет справляться с осуществлением разнообразных повседневных видов деятельности, тем, зачастую, в меньшей степени её поведение будет осмыслено и обдумано, скорее оно будет характеризоваться импульсивностью и стремлением сиюминутно удовлетворить возникающую потребность, без длительного обдумывания и прогнозирования результатов своих действий. "Позитивные отношения" имеют обратные взаимосвязи со стимулами цветового теста отношений "Мой врач" ($r = -0,74$; $p \leq 0,01$)и "Идеальный врач" ($r = -0,64$; $p \leq 0,05$), гипотетически данная взаимосвязь может говорить о том, что при недостатке близких, доверительных отношений в период реабилитации, женщины склонны в большей степени эмоционально-позитивно воспринимать образ лечащего врача и врачей в принципе. И наоборот, при наличии близких приятных взаимоотношений

значимость образов врачей будет снижаться. Такой компонент психологического благополучия как "Человек как открытая система" по данным корреляционного анализа имеет только обратные взаимосвязи с четырьмя различными показателями: "Контроль"($r = -0,68$; $p \leq 0,05$), "Жизнестойкость" ($r = -0,74$; $p \leq 0,01$), "V - Ответственность" ($r = -0,61$; $p \leq 0,05$) и "Мой врач" ($r = -0,60$; $p \leq 0,05$). Способность человека к реалистичному восприятию как позитивного, так и негативного опыта у женщин, перенесших операцию на сосудах сердца связана со снижением веры в способность контролировать происходящие события, снижением способности противостоять стрессовому воздействию ситуации болезни и ослаблением персональной включенности и чувства долга, а также эмоционально-личностной оценки образа своего лечащего врача, возможно за счет концентрации на восприятии ситуации как негативного опыта.

Анализ плеяды корреляционных взаимосвязей в группе женщин со средним уровнем психологического благополучия (см. рисунок 8) отличается своей структурой от вышеописанной плеяды присутствием взаимосвязей суммарного компонента ПБ с компонентами "Баланс аффекта" ($r = -0,61$; $p \leq 0,01$), "Самопринятие" ($r = 0,74$; $p \leq 0,01$) и "Осмысленность жизни" ($r = 0,64$; $p \leq 0,01$). Таким образом психологическое благополучие женщин данной группы напрямую связано с наличием позитивной самооценки, принятии себя со всеми достоинствами и недостатками и осмысленностью своей жизни. Следует также отметить, что в данной корреляционной плеяде выделяется компонент "Управление средой" который противопоставляет две стратегии оценки женщинами своего психологического благополучия, схожии с описанными выше, при анализе взаимосвязей в группе женщин с низким ПБ. С одной стороны "Управление средой имеет прямые взаимосвязи с "Самопринятием" ($r = 0,54$; $p \leq 0,05$) и "Осмысленностью жизни"($r = 0,54$; $p \leq 0,05$), а с другой стороны обратные взаимосвязи с "Человек как открытая система"($r = -0,58$;$p \leq 0,05$) и " Позитивные отношения" ($r = -0,65$;$p \leq 0,01$). Данное противопоставление может говорить о том, что чем больше женщины сосредотачиваются на себе, своих собственных потребностях, целях, тем адекватнее воспринимают и оценивают,

позитивнее относятся к собственной личности и благодаря этому ощущают своё психологическое благополучие.

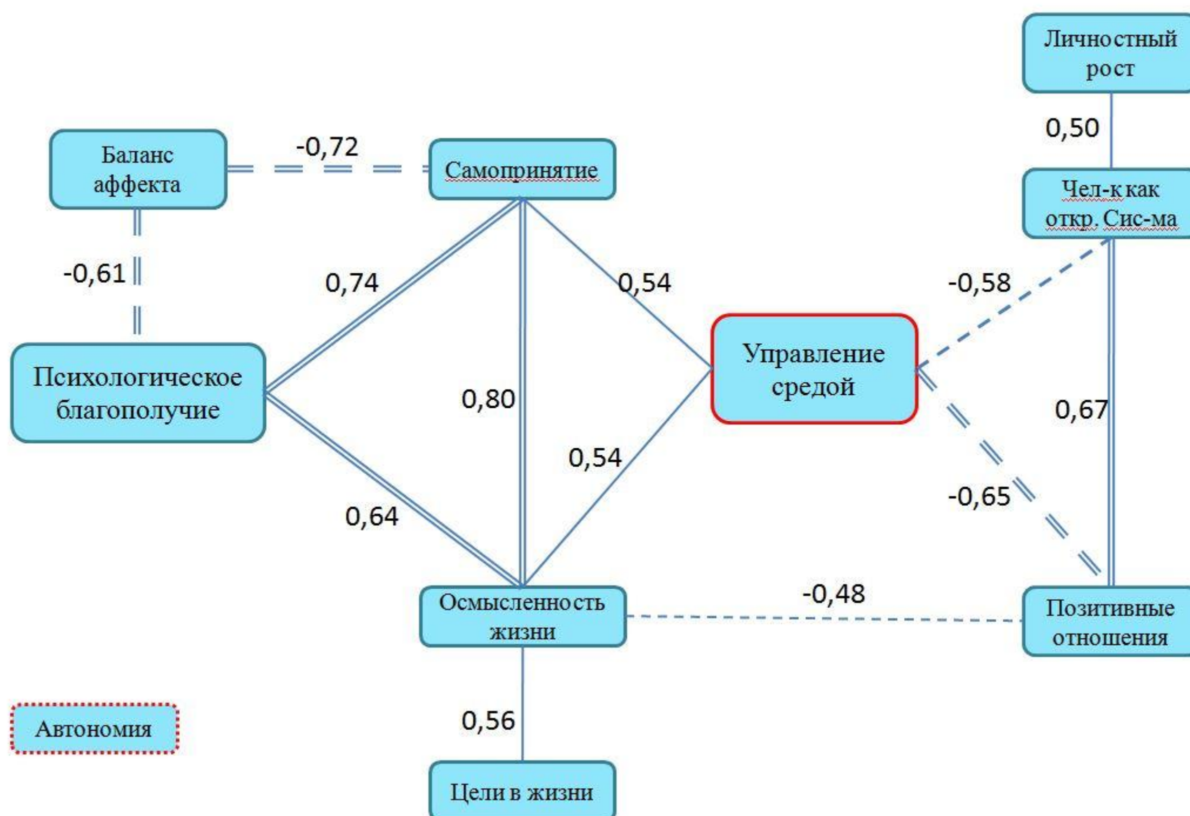


Рисунок 8. Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия в группе женщин со средним уровнем ПБ

Но при этом сложнее и менее эффективно формируются, по мнению женщин, доверительные социальные отношения, сложнее интегрировать все аспекты жизни воедино и адекватно воспринимать новую информацию, поступающую извне. Представленную на рисунке 8 корреляционную плеяду можно символично интерпретировать как выбор - Я или окружающие. Достижение психологического благополучия через принятие себя или растворение в социальных отношениях (дети, родители, супруг, за которых женщины иногда переживают больше, чем за самих себя).

Корреляционный анализ взаимосвязей психологического благополучия с показателями других методик в группе женщин со средним уровнем ПБ выявил значимые взаимосвязи с атрибутами субъектности личности, всеми шкалами теста жизнестойкости и показателем "F- Свобода" шкалы экзистенции (см. рисунок 9)

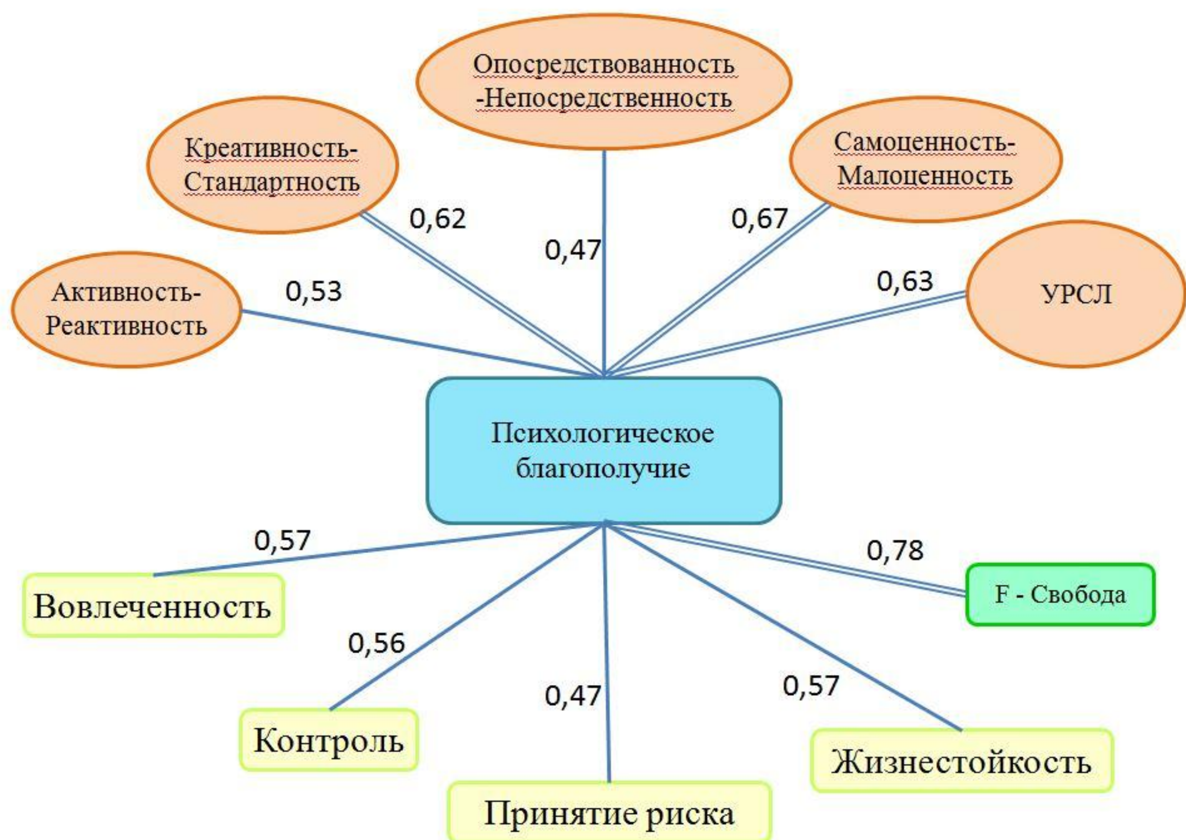


Рисунок 9. Корреляционный анализ психологического благополучия с другими психологическими характеристиками в группе мужчин с низким уровнем ПБ

Таким образом, адекватный уровень психологического благополучия личности женщин перенесших операцию на сосудах сердца имеет прямые взаимосвязи со следующими атрибутами субъектности : "Активность-Реактивность" (r= 0,53; p≤0,05), "Креативность-Стандартность" (r= 0,62; p≤0,01), Опосредованность-Непосредственность" (r= 0,47; p≤0,05), "Самоценность-Малоценность" (r = 0,67; p≤0,01) и общий показатель уровня развития субъектности личности (r = 0,63; p≤0,01). Данные взаимосвязи указывают на значимость субъектой самодетерминации в субъективной оценке собственного психологического благополучия, а именно: способности к инициации собственной активности, стремлению к развитию и преобразованию, рефлексии своего поведения и жизни и ценностному отношению к себе. Взаимосвязи с жизнестойкими характеристиками: Вовлеченностью (r = 0,57; p≤0,05), Контролем (r = 0,56; p≤0,05), Принятием риска (r = 0,47; p≤0,05), и общим уровнем Жизнестойкости (r = 0,57; p≤0,05), демонстрируют прямую связь

психологического благополучия со способностью к стойкому совладанию со стрессовыми ситуациями, сохранением при этом психоэмоционального баланса, эффективности и удовольствия от собственной деятельности и убежденности в возможности влияния на события жизни. Прямая взаимосвязь со экзистенциальным параметром "Свобода" ($r = 0,78$; $p \leq 0,01$) демонстрирует, что для чувства благополучия необходима свобода в принятии решений, т.е. свобода выбора и ориентации на собственную иерархию ценностей личности, без которой сложно ощутить уверенность и решительность при принятии тех или иных решений. Полученные результаты корреляционного анализа в группе женщин говорят о том, что субъективное переживание актуального психологического благополучия личности зачастую говорит о благополучии и по другим психологическим характеристикам, и главное - это наличие взаимосвязей, анализируя которые, можно сделать вывод, что повысить психологическое благополучие можно опираясь на другие эмоционально-личностные характеристики.

Анализ корреляционных взаимосвязей компонентов внутри методики "Шкала психологического благополучия К.Рифф" в группе мужчин с ИБС демонстрирующих низкий уровень актуального психологического благополучия, также как и группе женщин с низким уровнем ПБ, не выявил взаимосвязи суммарного показателя ПБ с его компонентами (см. рисунок 10). Важно отметить, что в данной плеяде центральным звеном является "Автономия", которая у мужчин с ИБС имеет самые высокие значения, среди вех остальных компонентов ПБ. Автономия определяет уровень независимости и самоопределения человека, его способности противостоять социальному давлению в виде оценок и ожиданий. "Автономия" имеет обратные взаимосвязи со шкалами "Позитивные отношения"($r = -0,55$; $p \leq 0,05$), "Управление средой" ($r = -0,51$; $p \leq 0,05$), "Человек как открытая система" ($r = -0,52$; $p \leq 0,05$) и прямую взаимосвязь со шкалой "Баланс аффекта" ($r = 0,76$; $p \leq 0,01$). Выявленные взаимосвязи говорят о том, что высокая автономность взаимосвязана в группе мужчин со снижением показателей

относящихся к социально-коммуникативной компетентности, а именно: фрустрированности в области межличностных отношений, недостатке доверительных отношений с окружающими, ощущении неспособности управлять изменениями условий своей жизни и фрагментарном восприятии её аспектов, а также общей неудовлетворённости собой и обстоятельствами.

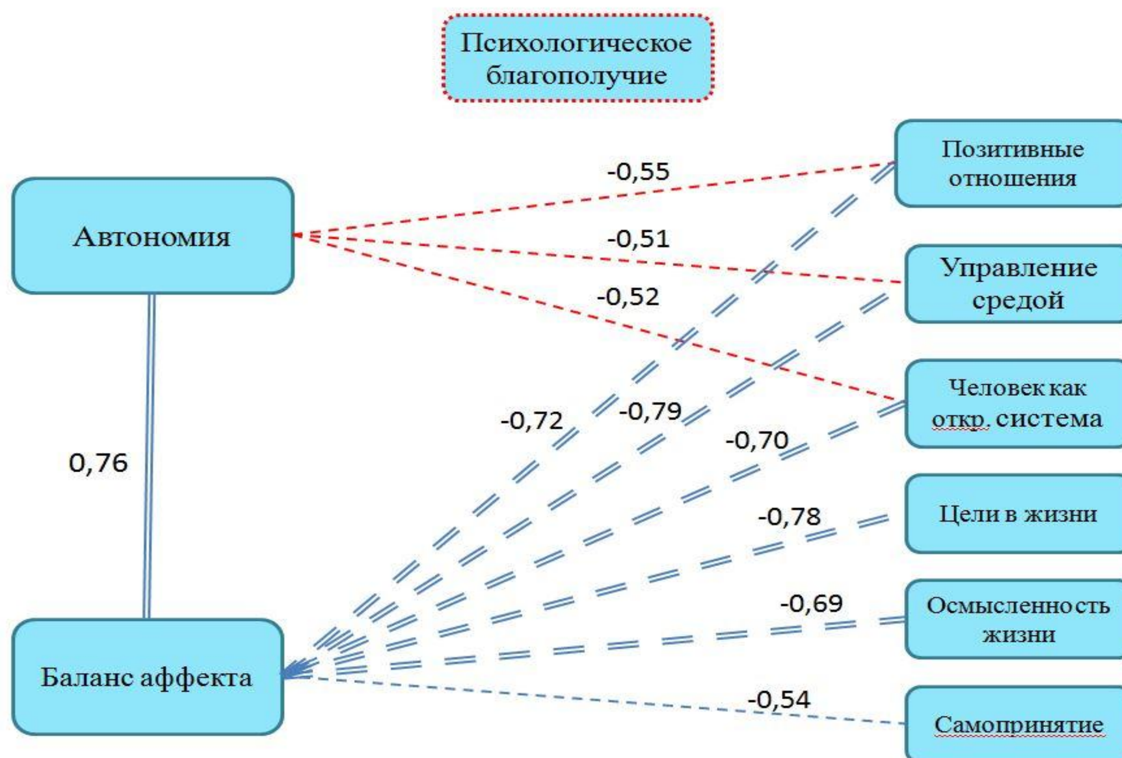


Рисунок 10. Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия в группе мужчин с низким уровнем ПБ

В ситуации болезни мужчины склонны сепарироваться от среды и социальных воздействий и переживать неудовлетворённость жизнью и бессилия перед возникшими обстоятельствами.

При проведении корреляционного анализа не было выявлено значимых взаимосвязей общего показателя психологического благополучия с другими изучаемыми психологическими характеристиками, поэтому для подробной характеристики были проанализированы взаимосвязи основных компонентов психологического благополучия (см. таблицу 33), которые стали ядром при описании структуры связей его составных компонентов: "Позитивные отношения", "Управление средой" и "Человек как открытая система". "Позитивные отношения" имеют прямую взаимосвязь со шкалой "Автономность-

Зависимость" (r = 0,52; p≤0,05) методики изучения субъектности личности. Данная взаимосвязь противоречия описанной ранее связи шкалы "Позитивные отношения" со шкалой "Автономия" методики изучения психологического благополучия, однако в данном случае стоит отметь, что схожие по названию шкалы отличаются по интерпретации. В данном случае предполагается связь наличия близких отношений с окружающими с готовностью к самоопределению в межличностных отношениях и ответственности за свои действия и решения. И наоборот, сложно построить доверительные отношения стремясь при этом переложить управление своей жизнью на окружающих. Также обнаружены взаимосвязи коппонента "Управление средой" со шкалой "Опосредствованность-Непосредственность" (r = 0,58; p≤0,05), показателями "Экзистенциальность"(r = 0,52; p≤0,05) и общим показателем шкалы экзистенции "Экзистенциальная наполненность"(r = 0,52; p≤0,05).

Таблица 33

Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия в группе мужчин с низким уровнем ПБ

	Позитивные отношения	Управление средой	Человек как открытая система
Автономность-Зависимость	0,52*	-	-
Опосредствованность-Непосредственность	-	0,58*	0,82**
Креативность-Стандартность	-	-	0,54*
Самоценность-Малоценность	-	-	0,57*
УРСЛ	-	-	0,63**
ST-Самотрансценденция	-	-	0,53*
F-Свобода	-	-	0,60*
E-Экзистенциальность	-	0,53*	0,53*
G -Экзистенциальная наполненность	-	0,53*	0,50*

* Уровень значимости p≤0,05; ** Уровень значимости p≤0,01

Данные связи свидетельствуют о том, что у мужчин с низким уровнем психологического благополучия переживание трудностей в управление своей повседневной деятельностью взаимосвязано с импульсивным поведением,

вынужденным бездействием и неуверенностью в себе, а также несформированностью смыслового и ценностного содержания собственной жизни. Показатель "Человек как открытая система", который отражает возможность полноценного объективного восприятия всех аспектов жизни, как позитивных, так и негативных, имеет самое большое количество взаимосвязей с другими методиками. По результатам сравнительного анализа было установлено, что у мужчин с низким общим ПБ данный компонент тоже имеет средне-низкие значения, следовательно прямые взаимосвязи с атрибутами субъектности личности и субшкалами экзистенциальной наполненности свидетельствуют о связи фрагментарного восприятия событий собственной жизни (например таких как болезнь и операция на сосудах сердца) связано со снижением показателей уровня субъектности личности, т.е. склонности использовать объектные стратегии поведения и фрустрированной способности переживания "полноты жизни" и наполненности её смыслом. Резюмируя вышесказанное следует вывод о том, что мужчины с низким психологическим благополучием в ситуации болезни склонны эмоционально отстраняться от социального взаимодействия и погружаться в переживание болезни, закрывая тем самым для себя возможность воспринимать и другие аспекты собственной жизни.

В группе психологически благополучных мужчин суммарный показатель ПБ имеет прямые сильные взаимосвязи с подавляющим большинством составных компонентов (см. рисунок 11). Данная корреляционная плеяда может демонстрировать способность к оценке своего психологического благосостояния на основе многогранной системы личностных характеристик, позитивная оценка которых влияет на повышение уровня ПБ личности.

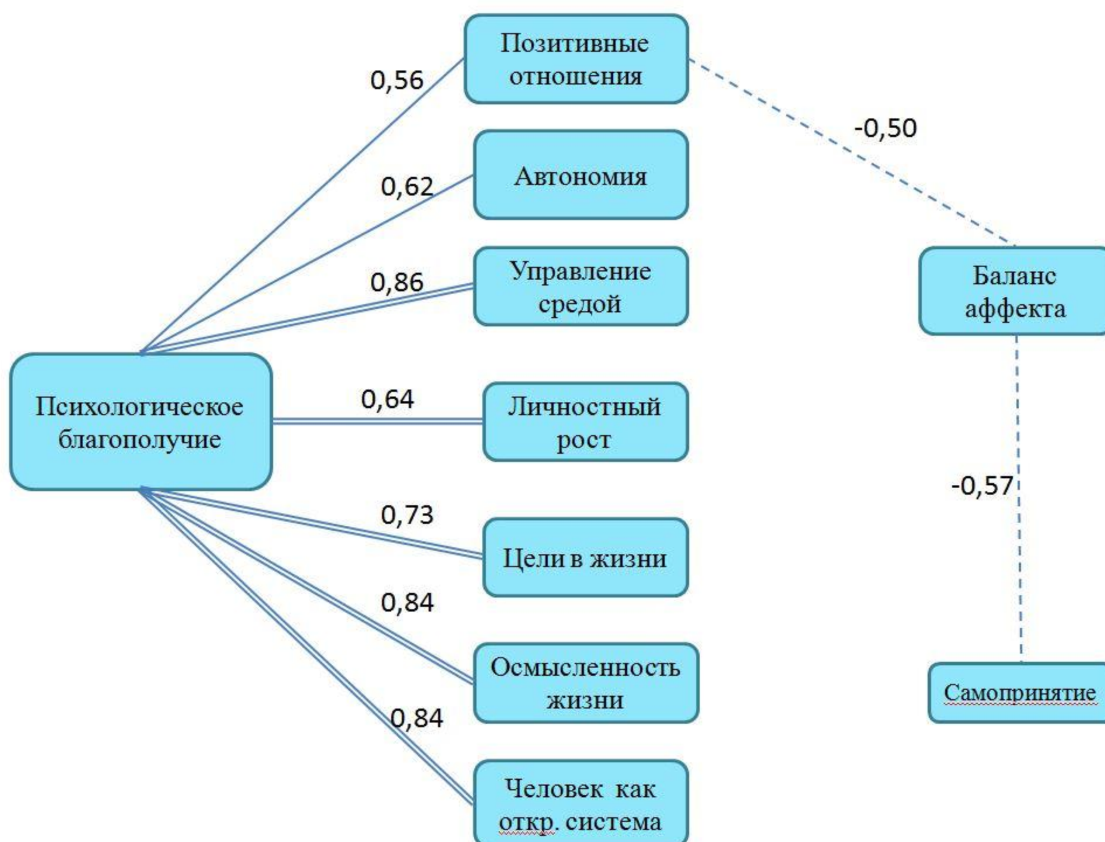


Рисунок 11. Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия в группе мужчин со средним уровнем ПБ

Анализируя корреляционные взаимосвязи с другими психологическими характеристиками в группе психологически благополучных мужчин были выявлены прямые взаимосвязи суммарного индексаПБ со шкалой "Самотрансценденция" (r = 0,61;p≤0,05), степенью комплаентности (r = 0,53;p≤0,05) и эмоционально-личностной оценкой образа "Я идеальное" (по цветовому тесту отношений)(r = 0,64;p≤0,05), а также обратная взаимосвязь с уровнем риска сердечно-сосудистых осложнений (см. рисунок 12). Полученные данные указывают на связь субъективной оценки мужчинами своего благополучия со способностью воспринимать ценностную сторону жизни, т.е. придавать эмоциональную значимость переживаемому опыту, также со значимостью образа "Я - идеальное", как ориентира для развития и степенью приверженности лечению. А наличие высокого риска сердечно-сосудистых

осложнений (а по данным медицинских карт пациентов у 90% испытуемых установлен высокий риск ССО) снижает психологическое благополучие.

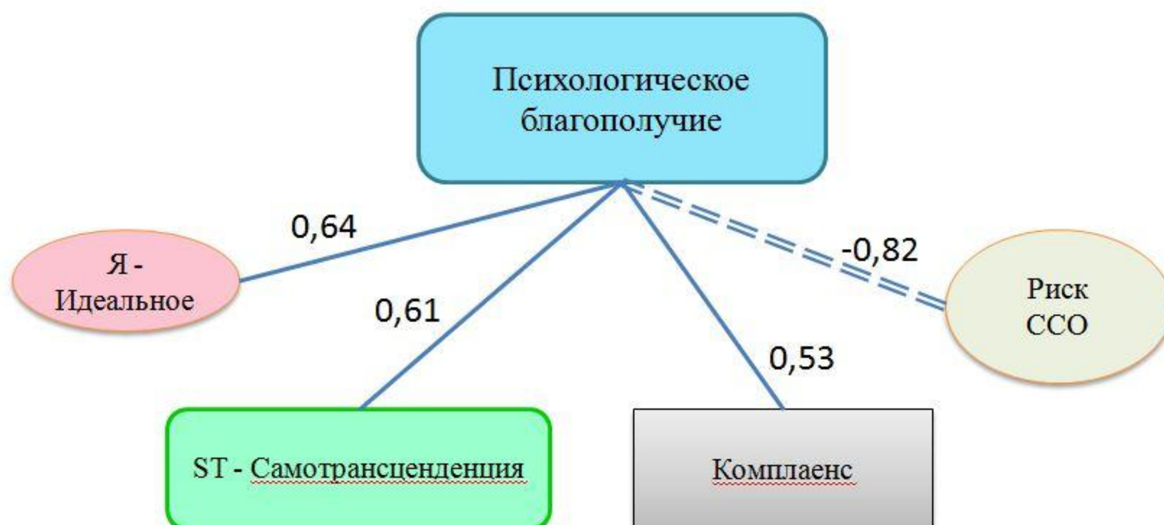


Рисунок 12. Корреляционный анализ компонентов психологического благополучия с другими изучаемыми характеристиками в группе мужчин со средним уровнем ПБ

3.3 Психологические детерминанты психологического благополучия больных, перенесших операцию на сосудах сердца

В настоящем параграфе представлено описание детерминант психологического благополучия, выявленных по результатам множественного регрессионного анализа (МРА). МРА был применен к полученным в ходе эмпирического исследования данным, с целью изучения возможности предсказания уровня психологического благополучия пациентов по ряду их психологических особенностей, оцененных по результатам психометрических процедур. За независимые переменные были взяты все психологические характеристики, измеренные у пациентов в ходе психодиагностического исследования. За зависимую переменную был принят показатель общего психологического благополучия: суммарный показатель актуального психологического благополучия, измеряемый в баллах.

В результатам применения МРА были получены и проанализированы предикторы психологического благополучия в обобщённых группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ.

3.3.1 Детерминанты психологического благополучия в группе пациентов с низким уровнем психологического благополучия

В ходе множественного регрессионного анализа (МРА) в группе пациентов с низким уровнем ПБ была построена модель, с применением пошагового подхода к включению переменных в уравнение регрессии. В полученную регрессионную модель вошла одна переменная- "Контроль" (см. таблицу 34). Данная модель объясняет 22% дисперсии и имеет статистически значимый уровень критерия F-Фишера (p ≤ 0,05), поэтому может быть интерпретирована как значимая (см. таблицу 35).

Таблица 34

Результаты множественного регрессионного анализа: сводка для модели 1в группе пациентов с низким уровнем ПБ

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки	Дурбин-Уотсон
1	,465	,217	,187	16,44372	2,200

Таблица 35

Результаты множественного регрессионного анализа: дисперсионный анализ для моделив группе пациентов с низким уровнем ПБ

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	1944,386	1	1944,386	7,191	,013
	Остаток	7030,293	26	270,396		
	Всего	8974,679	27			

В таблице 36 представлен вклад данной переменной в предсказание низкого уровня актуального психологического благополучия. Единственный показатель,

вошедший в модель, это показатель теста жизнестойкости - "Контроль", он имеет отрицательный Бета -коэффициент, т.е. стандартный коэффициент регрессии - 0,465 ($p \leq 0,05$).Отрицательное значение Бета-коэффициента говорит о наличии отрицательной взаимосвязи данного предиктора с зависимой переменной.

Таблица 36

Результаты множественного регрессионного анализа: коэффициенты для модели 3 в группе пациентов с низким уровнем ПБ

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	т	Знач.
		B	Стандартная Ошибка	Бета		
1	(Константа)	301,407	8,529		35,338	,000
	Конроль	-1,014	,378	-,465	-2,682	,013

По полученным данным установлено, что, чем ниже значения переменной "Контроль", тем выше вероятность включения пациента в группу в низким психологическим благополучием. Следовательно, данная модель,показывает, что низкое психологическое благополучие больных, перенесших операцию на сосудах сердца может быть продиктовано низкими показателями контроля, т.е. ощущением невозможности влиять на события собственной и жизни и контролировать их течение и исход. Следует отметить, что хотя представленная модель объясняет всего 22% дисперсии, она интересна при сопоставлении её с результатами МРА в группе со средним уровнем ПБ, описанным ниже.

3.3.2Детерминанты психологического благополучия в группе пациентов со средним уровнем психологического благополучия

В ходе множественного регрессионного анализа (МРА) в группе пациентов со средним уровнем ПБ было построено 3 модели, с применением пошагового подхода к включению переменных в уравнение регрессии. Для анализа была выбрана последняя модель, образованная на третьем шаге, в которую вошли такие

переменные как: "Контроль", "ST-Самотрансценденция" и комплаенс. Сочетание данных переменных объясняет 63% дисперсии и имеет высокий уровень F - критерияФишера при $p \leq 0,001$ (см. таблицы 37, 38)

Таблица 37

Результаты множественного регрессионного анализа: сводка для моделей 1, 2 и 3 в группе пациентов со средним уровнем ПБ

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки	Дурбин-Уотсон
1	,543	,295	,273	15,62023	
2	,731	,534	,504	12,89979	
3	,793	,629	,591	11,70756	1,794

Таблица 38

Результаты множественного регрессионного анализа: дисперсионный анализ в группе пациентов со средним уровнем ПБ

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	3263,325	1	3263,325	13,375	,001
	Остаток	7807,734	32	243,992		
	Всего	11071,059	33			
2	Регрессия	5912,518	2	2956,259	17,765	,000
	Остаток	5158,541	31	166,405		
	Всего	11071,059	33			
3	Регрессия	6959,052	3	2319,684	16,924	,000
	Остаток	4112,006	30	137,067		
	Всего	11071,059	33			

В таблице 39 представлены данные описывающие вклад каждой переменной в описываемой модели. Наибольший вклад в предсказание среднего уровня актуального ПБ вносит показатель теста жизнестойкости - "Контроль", он имеет Бета-коэффициент 0,53 ($p \leq 0,001$), предсказательную способность увеличивает его сочетание показателем шкалы экзистенции "ST-Самотрансценденция" Бета-коэффициент 0,56 ($p \leq 0,001$), и показателем комплаенса Бета-коэффициент 0,33 ($p \leq 0,01$).

Таблица 39

Результаты множественного регрессионного анализа: коэффициенты для модели 3 в группе пациентов со средним уровнем ПБ

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	т	Знач.
		B	Стандартная Ошибка	Бета		
3	(Константа)	193,979	25,019		7,753	,000
	Конроль	,900	,197	,533	4,571	,000
	ST	1,688	,345	,565	4,898	,000
	Комплаенс	4,889	1,769	,329	2,763	,010

Полученные в ходе МРА результаты свидетельствуют о том, что предикторами отнесения пациента в группу среднего уровня актуального психологического благополучия является высокие значения показателей:контроль, характеризующего ощущение человеком возможности влиять на происходящие в его жизни события; самотрансценденция - способность ощущать ценность, смысл, значимость переживаемого опыта, устанавливать внутреннее отношение к пережитому и комплаенс (показатель, полученный нами при интервьюировании пациентов), отражающий приверженность больных к лечению и выполнения медицинских предписаний.

Резюмируя результаты множественного регрессионного анализа в группах пациентов с низким и средним уровнем психологического благополучия важно отметить наличие одного и того же компонента - шкалу "Контроль" теста жизнестойкостикак детерминанту, определяющуюПБ как низкое, при низких значениях показателя, так и среднее (оптимальное), при средних и высоких значениях данного показателя. Средний уровень ПБ, помимо контроля, детерминируется также способностью человека устанавливать внутреннее эмоциональное отношение к жизни и её событиям, переживать ощущение ценности и наличия смысла в окружающем человека бытии и приверженностью лечению и следованию рекомендациям медицинского персонала. Таким образом, психологическое благополучие кардиологических больных может достигаться за счет участия пациента в своей жизни и болезни. Через контроль на

происходящими событиями, ценностное отношение к происходящим событиям и собственное активное участие в лечении.

3.4 Мишени психологической помощи больным, перенесшими операцию на сосудах сердца в период санаторно-восстановительного лечения

Психологическое сопровождение больных, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации должно быть организовано согласно общим принципам гуманистической психологии и индивидуально-ориентированного подхода к каждому конкретному участнику программыпсихологической реабилитации пациентов страдающих ишемической болезнью сердца и перенесших хирургическое вмешательство. В рамках индивидуально-личностного подхода необходимо учитывать социально-демографические характеристики пациента, такие как: пол, возраст, социальный и профессиональный статус, уровень образования, состав семьи и характер семейных взаимоотношений. Также важно исследовать и учесть характеристики эмоционального состояния пациента и его психологические особенности.

В ходе проведенного исследования были получены результаты согласно которым мишени психологической помощи различаются у пациентов с различным уровнем психологического благополучия.

Пациенты переживающие низкий уровень психологического благополучия, неудовлетворённость жизнью демонстрируют низкий уровень способности к совладанию со стрессом, фрустрация экзистенциальных способностей, а также сниженную самооценку, необходимость к руководству и направлению со стороны, зависимостью от оценок окружающих. Установлено, что низкий уровень психологического благополучия продиктован концентрацией больных на рутинной деятельности, которая является единственным источником ресурсов. Таким образом, основное направление психологического сопровождения должно

включать в себя работу со смысло-жизненными ориентациями личности больных, проработку ресурсной составляющей жизни и корректировку представлений о будущем, а зачастую и проработка будущего как такового, потому что ситуация заболевания оказывает сильное стрессовое воздействие на нервно-психическое состояние больных и пациенты с низким уровнем актуального психологического благополучия склонны фиксироваться на негативных переживаниях, как эмоциональных так и физических, связанный с болезнью и лечением, следовательно основной задачей психологической помощи будет отвлечь пациента от негативных переживаний, повысить стрессоустойчивость и ориентировать его на лечение и построение оптимистичной картины будущего.

Также было выявлено, что психологически благополучные пациенты чаще отмечают заботу и опёку со стороны родственников, следовательно отдельным звеном успешной психологической реабилитации больных может стать работа с их родственниками в области информирования об особенностях заболевания, основных медицинских рекомендаций и спектре ограничений, которые они накладывают, а также необходимости внесения изменений в стиль жизни пациента и его семьи с поправкой на наличие у него заболевания сердечно-сосудистой системы и перенесенной операции. Важно отметить степень адекватности в проявлении опёки и установления границ личной ответственности больного за свою жизнь и здоровье.

Эмпирические данные вышеописанного исследования позволяют выделить особенности мишеней психологической помощи пациентам мужского и женского пола.

У пациентов женского пола была обнаружена взаимосвязь снижения психологического благополучия с чрезмерной интеграцией с социальной средой, отсутствием перспективы личностного роста и беспокойство о необходимости изменения стиля жизни и следования рекомендациям медицинского персонала. В качестве мишени психологической коррекции в данной группе следует отметить установление личностных границ и распределение зоны ответственности за те или иные события жизни, т.е. повышать уровень саморефлексии и снижать уровень

значимости оценок социального окружения. Работа со структурным содержанием сферы ресурсов и проработка вариантов реализации потенциалов личности и самосовершенствования.

У пациентов мужского пола была обнаружена высокая степень автономности и её сильная обратная взаимосвязь с компонентами психологического благополучия. Таким образом, психологическая поддержка мужчин должна содержать в себе работу направленную на повышение способности установления и поддержания доверительных межличностных отношений, повышение уровня эмпатии личности, а также особенно важно проработать образ будущего, для купирования страха перед беспомощностью и социальной неустроенностью у мужчин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной кардиологии операции на сосудах сердца (реваскуляризация миокарда) являются одним из наиболее перспективных и эффективных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Рядом исследований доказана необходимость проведения восстановительного этапа лечения после хирургического вмешательства. Комплексной реабилитация предусматривает необходимость психологического сопровождения пациентов с ИБС, перенесших операцию на сосудах сердца, т.к. болезнь отражается в контексте самовосприятия, рефлексии человеком своего жизненного опыта и его внутренней критичной проработке. Существенным фактором жизни пациентов является уровень актуального психологического благополучия. Проведенное эмпирическое исследование клинико-психологических детерминант психологического благополучия у больных, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации позволило впервые изучить характеристики феномена психологического благополучия, его взаимосвязей с клинико-психологическими особенностями пациентов, жизнестойкостью, атрибутами субъектности и экзистенциальной наполненности.

Поставленные задачи представленного исследования выполнены. Гипотеза №1 о существовании зависимости уровня психологического благополучия со степенью инвазивности хирургического вмешательства и степени срочности проведенной операции не подтвердилась, что является одним из самых значимых результатов исследования. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что и пациенты, перенесшие коронарное шунтирование или балонную ангиопластику со стентированием, а также пациенты прооперированные в экстренном и плановом порядке не различаются по психологическим характеристикам.

В рамках математико-статистической обработки данных и её интерпретации была подтверждена Гипотеза №2 о существовании различий детерминант

актуального психологического благополучия от его уровня и пола пациентов. Использование метода множественного регрессионного анализа в группах пациентов с низким и средним уровнем психологического благополучия позволило определить детерминанты уровня ПБ у исследуемого контингента. Также следует отметить различия в содержательном аспекте выделенных детерминант определяющих низкий и средний уровни переживания психологического благополучия. Детерминантами низкого уровня психологического благополучия стали: низкие значения вовлеченности пациента в проживание событий собственной жизни высокие значения компетентности в управлении средой и выраженной ответственности и чувстве долга. Средний уровень психологического благополучия в противовес низкому, определяется высокими показателями осмысленности жизни человека в целом, ценностным отношением и открытости к переживанию нового опыта, как позитивного так и негативного.

Проведенное исследование является актуальным и практически значимым, однако не отменяет того факта, что продолжение исследование этой темы с учетом полученных нами данных и обобщений представляется перспективным и необходимым для расширения представлений об аспектах психологического благополучия больных, перенесших операцию по реваскуляризации миокарда.

ВЫВОДЫ:

1. Основной клинической детерминантой психологического благополучия пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации является наличие заболевания и факт хирургического вмешательства. Уровень их психологического благополучия ниже, чем у здоровых респондентов, однако, степень инвазивности операции и срочность её проведения не детерминируют его уровень: значимых различий показателей психологического благополучия в группах пациентов, перенесших коронарное шунтирование и балонную ангиопластику со стентированием коронарных артерий, а также перенесших разные по степени срочности выполнения операции в экстренном или плановом порядке, не выявлено.

2. Основными психологическими детерминантами психологического благополучия больных являются такие психологические характеристики как: жизнестойкость и её компоненты (вовлеченность в события жизни, субъективное ощущения контроля над происходящими событиями и способность к принятию риска), а также уровень развития субъектности личности как интегральная характеристика и её атрибуты.

3. В группе женщин низкий уровень психологического благополучия детерминируется чувством неспособности к развитию и реализации своего потенциала, степенью приверженности медицинским рекомендациям и жизнестойкостью, тогда как средний (оптимальный) уровень психологического благополучия детерминируется способностью к самопринятию, независимостью от социума, способностью к самоопределению в межличностных отношениях и стремлением к физической активности.. В группе мужчин низкий уровень благополучия детерминируется: высоким уровнем автономности и фрустрацией межличностных отношений, средний - способностью к формированию доверительных межличностных отношений, реалистичным восприятием бытия и

вовлеченностью в события собственной жизни переживанием чувства "полноты жизни".

4. Мишени психологической помощи и поддержки пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца, в период реабилитации различаются в зависимости от уровня психологического благополучия и детерминирующих его характеристик. Основными мишенями для женщин являются установление личностных границ, повышение уровня саморефлексии, снижение уровня значимости оценок социального окружения, работа со структурным содержанием сферы ресурсов и проработка вариантов реализации потенциалов личности и самосовершенствования; для мужчин - повышение способности установления и поддержания доверительных межличностных отношений, повышение уровня эмпатии личности, а также работа со страхом беспомощности и социальной неустроенности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская, К.А. О путях построения типологии личности // Психологический журнал, Том 4, №1, 1983. С. 14-29.
2. Абульханова-Славская, К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
3. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии / Пер. с англ. А. Боковикова. М.: Академ. Проект, 2011. 240 с.
4. Акчурин, Р.С. Современная хирургия коронарных артерий / Р.С. Акчурин, В.П. Васильев и др. // Кардиологический вестник. – 2010. Т. 5, № 1. – С. 45–49.
5. Алёхин А.Н. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) / Алёхин А.Н., Чумакова И. О., Андреева Е.В., Трифонова Е.А. // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2012. №6 (265). URL: http://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-faktory-psihicheskoy-adaptatsii-patsientov-s-serdechno-sosudistoy-patologiey-na-primere-legochnoy-arterialnoy (дата обращения: 16.11.2016).
6. Ананьев, Б.Г. Избранные психологические труды. В 2-х т., Т.1. М.: Педагогика, 1980. 229 с.
7. Ананьев, Б.Г. О проблемах современного человекознания. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
8. Анцыферова, Л.И. Психология самоактуализирующейся личности в работах А. Маслоу // Вопр. психологии. - 1973. - № 4. С. 173-180.
9. Аргайл, М. Психология счастья [Текст] / М. Аргайл/ Под ред. М.В. Кларина; Пер. с англ. – М.: Прогресс, 2007. –403с
10. Ардашев В. Н. Послеоперационное течение ишемической болезни сердца у больных, перенесших различные виды реконструктивных операций на коронарных сосудах / В. Н. Ардашев, Ю. А. Данилов, В. Т. Карташов // Клиническая медицина. – 2003. – № 12. – С. 40–46.
11. Аронов Д.М. О режиме двигательной активности при остром инфаркте миокарда./ Аронов Д.М., Арабидзе Г.Г., Ахрем-Ахремович Р.М. и др. // Клиническая медицина. - 1977. - № 55(6) С. 23–9.
12. Аронов Д.М. Организационные основы кардиологической реабилитации в России: современный этап / Д.М. Аронов, М.Г. Бубнова, Г.Е. Иванова // CardioСоматика. – 2012. – № 4. – С. 5-11
13. Аронов Д.М., Бубнова М.Г. Проблемы внедрения новой системы кардиореабилитации в России. // Российский кардиологический журнал. - 2013.-№4 (102) С.14–22.
14. Арутюнян Б.М. Личностные аспекты патогенеза ишемической болезни сердца / Б.М. Арутюнян, Г.А. Минасян, Г.А. Еганян // Журнал экспериментальной и клинической медицины. – 1982. – Т. 22. – №6. – С. 538-541.
15. Арутюнян Л.А. Предикторы сердечно-сосудистых осложнений у больных хронической ИБС, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда (по данным многолетнего наблюдения). Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.05 / Л.А. Арутюнян; Тюменск. гос. мед. акад. – Тюмень, 2010. – 21 с.
16. Батурин, Н.А. Теоретическая модель личностного благополучия[Текст] / Н.А. Батурин, С.А. Башкатов, Н.В. Гафарова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология».–2013. –№ 4. –Т.6. –С. 4-14
17. Бауманн У. Клиническая психология / У. Бауманн, М. Перре / 1-е изд. – СПб.: Питер, 1998. – 965 с.
18. Беленков Ю.Н. Инвазивная кардиология: фокус на рестеноз. Часть II / Ю.Н. Беленков, Т.А. Батыралиев, И.В. Першуков с соавт. // Кардиология. – 2002. – №11. – С. 68-72.
19. Беленков Ю.Н. Коронарная ангиопластика: взгляд через 30 лет / Ю.Н. Беленков, А.Н. Самко, Т.А. Батыралиев с соавт. // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – №9. – С. 4-14.

20. Беленков Ю.Н. Лечение ишемической болезни сердца, старые традиции и новые тенденции / Ю.Н. Беленков // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77. – №9. – С. 5-8.

21. Белялов Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф.И. Белялов // Кардиология. – 2002. – Т. 42. – №8. – С. 63-67.

22. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Российский медицинский журнал. – 1998. – №2. – С. 43-49.

23. Березовский А.Э. Самосознание психически больных / Березовский А.Э. Крайнова Н.Н., Бондарь Н.С. /Под ред. О.В. Лаврова. - Самара, 2001. - 44 с.

24. Бескова, Т.В., Шамионов, Р.М. Соотношение характеристик зависти и субъективного благополучия личности // Личность как субъект инноваций: сборник научных трудов. – Чебоксары, 2010. – С. 61–71.

25. Бирюкова Л. А. Психологические особенности и приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца // Сибирское медицинское обозрение - 2009.- №1. С.48-52

26. Боева О.И. Структура личностных характеристик и психопатологические расстройства невротического уровня у больных ишемической болезнью сердца./ Психические расстройства в общей медицине Том 01/N 2/2006 – С. 19-21 [Электронный ресурс] URL: http://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine/ (дата обращения 24.06.2016)

27. Бокерия JI.A. Индивидуальное структурированное терапевтическое обучение и интенсивное амбулаторное наблюдение больных после прямой реваскуляризации миокарда (результаты 12-месячного рандомизированного клинического исследования) / JI.A. Бокерия, М.М. Алшибая, Н.Г. Бенделиани с соавт. // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2012. – Т. 13. – №1. – С. 38-47.

28. Бокерия Л.А. Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца / JI.A. Бокерия, Б.Г. Алекян, А. Коломбо с соавт. – М: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2002a. – 417 с.

29. . Бокерия Л.А. Ишемическая болезнь сердца у больных с низкой сократительной способностью миокарда левого желудочка диагностика, тактика, лечение) / Л.А. Бокерия, В.С. Работников, Ю.И. Бузиашвили с соавт. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001. – 195 с.

30. Бокерия Л.А. Малоинвазивная реваскуляризация миокарда у больных со сниженной сократительной способностью левого желудочка/ Бокерия Л.А., Мерзляков В.Ю., Желихажева М.В. и соавт.// Анналы хирургии. – 2006. – № 1. – С. 10–14.

31. Бокерия Л.А. Психологические факторы в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний / Л.А. Бокерия, М.Г. Киселева // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — 2011. — № 6. — Т. 6. – С. 24-31.

32. Бокерия Л.А. Сердечнососудистая хирургия в России: методы оценки результатов и перспектив развития / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, Р.Г. Гудкова с соавт. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2002b. – №3. – С. 411.

33. Бонивелл, И. Ключи к благополучию: Что может позитивная психология [Текст] / Пер. с англ.М. Бабичевой.–М.: Время, 2009. –192 с.

34. Бочарова, Е.Е. Взаимосвязь ценностных ориентаций, стратегий поведения и субъективного благополучия личности : атореф. …канд. психол. наук. Саратов, 2005. 23 с.

35. Бочарова, Е. Е. К вопросу о внутренних детерминантах субъективного благополучия личности // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2008. №10. С. 226-231.

36. Бочарова, Е.Е. Современные подходы в методологии исследования субъективного благополучия // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2013. Т. 13. №2-1. С. 73-78.

37. Брушлинский А.В. Проблема субъекта в психологической науке. М., 2000.

38. Бьюдженталь, Дж. Искусство психотерапевта / Дж. Бьюдженталь – СПб.: Питер, 2001. 304 с.

39. Бэрон, Р. Модель поведения лиц, предрасположенных к коронарным заболеваниям, и

агрессия: почему «А» в типе «А» может означать агрессию? / Р. Бэрон, Д. Ричардсон // Агрессия. – СПб., 1998. – С. 203–205.
40. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с
41. Винокур В.А. Психологические факторы в развитии психосоматических заболеваний / В.А. Винокур // Психодиагностика и психокоррекция. – СПб.: Питер, 2008. – Гл. 6. – С. 176-204.
42. Водяха, С.А. Предикторы психологического благополучия студентов [Текст] / С.А. Водяха // Педагогическое образование в России. –2013. –№ 1. –С.70-74
Воронина, А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы: Автореф. автореф. дис. … кандидата психологических наук. – Томск, 2002. – 25 с.
43. Воронина, А.В. Проблема психологического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа [Текст] // Сибирский психологический журнал. – 2005. –№ 3. –С. 142-145.
44. Галиахметова Л.И. Благополучие, субъективное благополучие, удовлетворенность жизнью: проблема взаимосвязи // Вестник Башкирск. ун-та. 2015. №3. [Электронный ресурс] URL: http://cyberleninka.ru/article/n/blagopoluchie-subektivnoe-blagopoluchie-udovletvorennost-zhiznyu-problema-vzaimosvyazi (дата обращения: 11.11.2016).
45. Гальцева Н.В. Реабилитация в кардиологии и кардиохирургии / Н.В. Гальцева // Клиницист. – 2015. – Т.9, №2. – С. 13-22.
46. Гафаров В.В. Ишемическая болезнь сердца и психосоциальные факторы / В.В. Гафаров, И.В. Гагулин, Е.А. Громова // Бюллетень СО РАМН. – 2006. – №4 (122). – С. 35-39.
47. Горьковая И.А., Сорокин Л.А., Зубарева О.А. Психологические факторы совладания с кризисной ситуацией манифестации болезни у мужчин с разными формами ишемической болезни сердца в остром периоде // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23041(дата обращения: 22.02.2016).
48. Громыко Е. В., Соколова Э. А. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии . 2012. №1 (31). С.37-44.
49. Грекова Т.И., Ересько Д.Б. Алекситимия в структуре личности больных ИБС // Клинич. медицина. − 1997. − №11. − С.32-34.
50. Григорьева, М. В. Субъективное благополучие личности как результат школьной адаптации в разных условиях обучения / М.В. Григорьева // Психол. наука и образование. 2009. - № 2. - С. 41 - 45.
51. Гурылева, М.Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Гурылева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. // РМЖ Русский Медицинский Журнал Независимое издание для практикующих врачей. - 2006.- №10. С. 761
52. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина [Электронный ресурс]. – 2008. – Т. 10. – №1. – С. 13–20. Режим доступа: http://www.consilium-medicum.com/article/ 17058 (дата обращения: 22.09.2014).
53. Демченко Е.А. Психологические факторы трудового прогноза больных, перенесших стентирование коронарных артерий / Демченко Е.А. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6(29) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 20.06.2016).
54. Джидарьян, И.А. и др. Проблемы общей удовлетворённости жизнью: теоретическое и эмпирическое исследование [Текст]/ И.А. Джидарьян, Е.В. Антонова // Сознание личности в кризисном обществе. – М.: Ин-тут психологии РАН, 2005. –С.76-94.
55. Джидарьян, И.А. Счастье в представлениях обыденного сознания [Текст]/ И.А. Джидарьян // Психологический журнал. 2000. Том 21. №2. С. 40-48.
56. Дружинин, В.Н. Варианты жизни. Очерки экзистенциальной психологии [Текст]/ В.Н.

Дружинин. - М.: «Питер», 2010. 155 с.
57. Еремина Д. А. Особенности астенических состояний пациентов с ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология.- 2013.- №4. С. 122-130.
58. Еремина Д. А. Особенности когнитивного функционирования пациентов, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда / Д. А. Еремина // Вестник психотерапии. – 2014. – № 51(56). – С. 34–49.
59. Жанатаева Л.Л. Эффективность применения современных методов лечения ишемической болезни сердца // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2 – С. 51–53.
60. Жуковская, Л.В. Психологическое благополучие и родительские установки женщин: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук [Текст]/ Л.В. Жуковская. - СПБ 2011. 18 с.
61. Жуковская, Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф [Текст]// Психологический журнал, 2011, том 32, №2, С. 82-93
62. Журавлев, А.Л., Юревич, А.В. Коллективные смыслы как предпосылка личного счастья [Текст]// Психологический журнал, 2014, № 1, Том 35. С. 5-25.
63. Замотаев Ю.Н. Клинические и психодинамические аспекты реабилитации больных после АКШ: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.01.16 / Ю.Н. Замотаев. – М., 2000. – 36 с.
64. Захаров В.Н. Ишемическая болезнь сердца: классификация, факторы риска, профилактика, лечение, реабилитация / В.Н. Захаров. – М.: Наука, 2001. – 285 с.
65. Зеленская И. А. Психологические особенности пациентов перенесших операцию коронарного шунтирования в зависимотсти от их приверженности к участию к участию в реабилитационной программе / И. А. Зеленская, Е.И. Лубинская, А. А. Великанов, Е. А. Демченко //Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011. – № 42 (259). – С. 73-76.
66. Змановская Е.В. Девиантное поведение личности и группы: учебн. пос. / Е.В. Змановская, В.Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
67. Знаков В.В. Субъект, личность и психология человеческого бытия / Под ред. В.В. Знакова и З.И. Рябикиной. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. — 384 с.
68. Зубарева О.А. Типы отношения к болезни у пациентов с разными формами ишемической болезни сердца в остром периоде / О.А. Зубарева // В мире научных открытий [Электронный ресурс]. – 2015. – №1. – С. 396-404. – Режим доступа: http://journal-s.org/index.php/vmno/article/view/ 4619 (дата обращения: 20.02.2016)
69. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. / Исаев Д.Н. - СПб.: Речь, 2005. – 400с.
70. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
71. Калитеевская, Е.Р. Психологическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию [Текст]// Психология с человеческим лицом / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. – М.: Смысл, 1997. – 336 с.–С. 231- 238.
72. Карпов Ю.А. Выбор метода инвазивного лечения больных хронической ишемической болезнью сердца [Текст] / Карпов Ю.А.// Болезни сердца и сосудов. - 2010.- № 1. С. 4–11
73. Качковский, М.А. Диагностика депрессии у больных инфарктом миокарда / М.А. Качковский, Н.Н. Крюков // Воен.-мед. журн. – 2005. – № 3. – С. 52.
74. Климко В.В. Психологический аспект в реабилитации больных ИБС перенесших операцию АКШ / В.В. Климко, В.С. Аграненко // Успехи теоретической и клинической медицины: материалы науч. исследований Рос. мед. академии последипломного образования. – Вып. 4. – М., 2001. – С. 70.
75. Клюева, Н.В. Влияние представлений о будущем на жизненную удовлетворенность пожилых людей [Текст] // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2014. № 3. С. 53-58.

76. Клюжев В.М. Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга / В.М. Клюжев, В.Н. Ардашев, А.Г. Брюховецкий с соавт. – М.: Медицина, 2004. – 360 с.
77. Козлов К.Л. Интервенционная кардиология: методы лечения больных ишемической болезнью сердца (коронарная ангиопластика, осложнения, профилактика, лечение) / К.Л. Козлов, Н.Ю. Семиголовский; Науч.практич. центр интервенционной кардиологии Северо-Западного региона России Минздрав РФ. – СПб., 1999. – 15 с.
78. Козлов К.Л. Ангиография и интервенционная пластика венечных артерий у больных пожилого и старческого возраста / К.Л. Козлов; под ред. С.А. Бойцова; Науч.-практ. центр интервенц. кордиологии Сев.-Зап. региона России Минздрав РФ. – СПб.: «Фолиант», 2000. – 37 с.
79. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине./ Конечный Р., Боухал М. - Прага: Авиценум, 1983. - 405 с.
80. Конради, А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 4. № 6. – С. 8–12.
81. Кохан Е. Реабилитация больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования / Е. Кохан, В. Быков // Врач. – 2003. – №1. – С. 25-26
82. Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер // Экзистенциальный анализ: Бюллетень. М., 2009. № 1. С. 141-170
83. Крюков Н.Н. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы) / Н.Н. Крюков, Е.Н. Николаевский, В.П. Поляков. – Самара: ООО «ИПК «Содружество», 2010. – 651 с.
84. Куликов, Л.В. Здоровье и субъективное благополучие личности [Текст] / Л.В. Куликов // Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. С. 405-442.
85. Куликов, Л.В. и др. Факторы психологического благополучия личности [Текст] / Л.В. Куликов, М.С. Дмитриева, М.Ю. Долина, О.В. Иванов, М.А. Розанова, Т.Г. Тимошенко // Теоретические и прикладные вопросы психологии: Матер. Юбилейной конф. Ананьевские чтения – 97»/ Под ред. А.А. Крылова.–Вып.3. –Ч.1.– СПб.:Изд-воСПбГУ,1997. – С.342-350.
86. Куликов, Л.В. Характеристики гармонии личности [Текст] / Л.В. Куликов //Ежегодник российского психологического общества. Материалы III всероссийского съезда психологов. – СПб.:Изд-во СПбГУ, 2002. –С. 646-676.
87. Куликов, Л.В. Субъективное благополучие личности [Текст] / Л.В. Куликов // Ананьевские чтения. –СПб., 2007. – С.162-164.
88. Куликов, Л.В. Детерминанты удовлетворенности жизнью [Текст] / Л.В. Куликов // Общество и политика. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та. –2008. – С. 476-51
89. Левичева Е.Н., Сравнительная характеристика качества жизни и физического статуса больных ишемической болезнью сердца и аортальными пороками / Е.Н. Левичева, И.Ю. Логинова, Г.Н. Окунева и др. // Кардиология. – 2009. – Т. 49. – № 4. – С. 4–8.
90. Леонтьев, Д.А. Субъективное благополучие и качество жизни: подходы, критерии и индикаторы / исследовательский проект НИУ ВШЭ, 2011. [Электронный ресурс] URL: http://www.hse.ru/org/projects/47266005 (Дата обращения: 07.02.2016).
91. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО) / Д.А. Леонтьев. - 2-е изд. - М.: Смысл, 2000. - 18 с.
92. Леонтьев, Д.А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности[Текст]/ Д.А. Леонтьев // Психологический журнал. –Т.21.–2000. –№ 1 – С. 15-25.
93. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности[Текст] /Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2003.
94. Леонтьев, Д.А., Профессиональное самоопределение как построение образов возможного будущего[Текст] /Д.А. Леонтьев, Е.В.Шелобанова// Вопросы психологии. – 2001. – №1. – С. 57-66.

95. Леонтьев Д.А., Тест жизнестойкости./ Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.
96. Летягина, С.К. Половозрастные особенности взаимосвязей эмоционального благополучия и механизмов психологической защиты личности (на примере специалистов гуманитарной и технической направленности) // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 1. С. 414.
97. Либис Р.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Автореф. Дис. ... д.м. наук. - Оренбург, 1998. - 41 с.
98. Либис, Р.А., Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью [Текст] / Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т, Мареев В.Ю. // Русский медицинский журнал, ТОМ 7, № 2, 1999
99. Либис Р.А. Прокофьев А.Б. Коц Я.И. Оценка качества жизни больных с аритмиями// Кардиология.-1998.-№3.-С.49-51.
100. Личко, А. Е., Иванов, Н. Я. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к своей болезни. Методические рекомендации [Текст] / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов. - СПб.: «Питер», 2001. - 134 с
101. Лэнгле, А. Жизнь, наполненная смыслом / А. Лэнгле. - М.: Генезис, 2004, 130 с.
102. Лубинская Е. И. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование / Е. И. Лубинская, О. Б. Николаева, Е. А. Демченко // Вестник Российской военно- медицинской академии. – 2012. – № 1 (37). - С. 218–223.
103. Лякишев А.А. Оптимальная медикаментозная терапия в сочетании с чрескожным коронарным вмешательством или без него у больных со стабильной ишемической болезнью сердца / А.А. Лякишев // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – №5. – С. 91.
104. Мамаев Х.А-К. Хроническая сердечная недостаточность у больных с ишемической болезнью сердца: диагностика, хирургическое лечение, прогноз, качество жизни: дис. … д-ра мед. наук: 14.01.05 / Х.АК. Мамаев; НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – М., 2011. – 297 с.
105. Маслоу, А. Самоактуализация // Психология личности. Тексты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузырея. М., 1982. С. 108-118.
106. Мелентьев И.А. Комплексное клинико-психометрическое исследование психологического статуса больных ИБС на этапе внутрибольничной реабилитации: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.06, 14.00.18 / И.А. Мелентьев; Мед. Центр при правительстве РФ. – М., 1994. – 26 с.
107. Мельченко Н.И. Типы психологического реагирования больных ишемической болезнью сердца в зависимости от клинической картины и качества жизни / Н.И. Мельченко, А.Н. Краснов, Н.Ю. Кувшинова // Известия Самарск. научн. центра РАН. – 2011. – Т. 13. – №2-1. – С. 117-121.
108. Менделевич В. Д. Неврозология и психосоматическая медицина [Текст] / Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. — М.: ИД «Городец», 2016. — 596 с.
109. Милтс, А.А. Гармония и дисгармония личности [Текст] / А.А. Милтс. – М., 1990
110. Митрофанова И. С. Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью / И. С. Митрофанова, Я. И. Коц // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 4–7.
111. Мишутина, Е.А. Счастье как предмет социально-философского исследования // Социально-гуманитарные знания. - 2008. - №10. С. 494-502.
112. Морозова Т. Е. Современная стратегия улучшения приверженности лечению больных артериальной гипертонией: фиксированные комбинации лекарственных средств / Т. Е. Морозова, И. Ю. Юдина // Consilium Medicum. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 22–28.
113. Мухина В. С. Личность: Мифы и Реальность <…> 2-е изд. — "Прометей" Москва, 2010. — С. 1088.
114. Мэй, Р. Экзистенциальная психология / Р. Мэй. - М.: Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс, 2001. 149 с.

115. Наумова А.В. Периоперационная чреспищеводная эхокардиография у больных с постинфарктной аневризмой левого желудочка: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.13 / А.В. Наумова; НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – М., 2010. – 24 с.
116. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987. - 167 с.
117. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание/ Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
118. Оганов Р.Г. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И проФилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть 1 / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов с соавт. // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – №5. – С. 58-66.
119. Оганов Р.Г. Современные стратегии профилактики и лечения сердечнососудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – №12. – С. 4-8.
120. Окороков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 6: Диагностика болезней сердца и сосудов / А. Н. Окороков. – М.: Медицинская литература, 2002. – 464 с
121. Панов А.В. Функциональное состояние эндотелия и оксидантная активность лейкоцитов у больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования / А.В. Панов, И.Т. Абесадзе, К.В. Корженевская с соавт. // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – №4. – С. 32-36.
122. Петровский, В.А. Теоретические проблемы психологии личности в системе межличностных отношений / В.А. Петровский // Психология развивающейся личности; под. ред. А.В. Петровского. – М., -1987.- С. 21-29
123. Погосова Г.В., Эффективность образовательной профилактической технологии у больных стабильной стенокардией в амбулаторных условиях/ Погосова Г.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю., Назаркина В.А. // Кардиология. – 2008. – №7. – С.4 – 9.
124. Положенцев, С.Д. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С.Д. Положенцев, Д.А. Руднев. – Ленинград: Наука, 1990. – 171 с.
125. Потылицина Н.М. Комплексная программа реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и операции по реваскуляризации миокарда: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.05 / Н.М. Потылицина; Красноярск. гос. мед. акад. им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. – Красноярск, 2008. – 28 с.
126. Приказ Министерства здравоохранения РФ N 1705н от 29 декабря 2012 г. «О порядке организации медицинской реабилитации» [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143130.
127. Приказ Министерства здравоохранения РФ N 918н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70199174.
128. Психология здоровья [Текст]/ под ред. Г.С. Никифорова. –СПб.: Питер, 2006. –607 с.
129. Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] /под общей ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
130. Пучкова, Г.Л. Субъективное благополучие как фактор самоактуализации личности / Г.Л. Пучкова. - Дис…к. психол. наук, сп. 19.00.01., Хабаровск, 2003. – 163с.
131. Роджерс, К. Клиентоцентрированная терапия. Пер. с англ. М.: «Рефлбук», К.: «Ваклер» 1997. 320 с.
132. Романова В.П. Факторы, обуславливающие выбор эффективных программ реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда [Текст] / Романова В.П// Вестник новых медицинских технологий - 2010.-17(4): С. 87–91.
133. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии/ Составители, авторы комментариев и послесловия А.В.Брушлинский, К.А.Абульханова-Славская СПб: Издательство "Питер", 2000. - 712 с.
134. Селигман, М. В поисках счастья. Как получать удовольствие от жизни каждый день[Текст] / М. Селигман/ Изд-во «Манн, Иванов и Фербер», 2010. – 320 с.

135. Селигман, М.Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни [Текст] /М. Селигман / Перев.с англ. — М.: Издательство «София», 2006. —368 с
136. Селигман М. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия. М.: Манн, ИвановиФербер, 2013. 440 с.
137. Селин А.В. Трансформация жизненного пути личности в ситуации хронического соматического заболевания. Журнал – «Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена» 2008. № 80. с.498-505.
138. Сирота Н.А. Страх прогрессирования заболевания и копинг-поведение у пациентов с ишемической болезнью сердца / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – №4. – С. 87–94.
139. Смулевич А.Б. Психокардиология и основные аспекты психосоматической медицины.// Психиатрия и психофармакотерапия.- 2005.- № 3., Том 07., С.120-122.
140. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокардиология // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. —№ 4. — С. 4–9.
141. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учебн. пос. для вузов / В.В. Соложенкин. – М.: Академический проект, 2003. – 304 с.
142. Соколова, М.В. Шкала субъективного благополучия / М.В. Соколова. - Ярославль, 1996. 84 с.
143. Строкова Е.В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца / Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю. Г., // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал) - 2012.- №1. С.1169-1190.
144. Творогова Н.Д. Клиническая психология в кардиологии / [Электронный ресурс] Творогова Н.Д. // РМЖ. (Русский медицинский журнал): - 2014.- №24. С. 1768 URL: http://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Klinicheskaya_psihologiya_v_kardiologii/#ixzz4PjVeVvtm
145. Тимофеев В.И. Филимоненко В.И. Цветовой тест Люшера диагностика нервно-психического состояния: Методическое руководство/ Тимофеев В.И. Филимоненко В.И. - Издание 2-е. - СПб.: Иматон, 2012. - 40с.
146. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – М.: Статистический бюллетень. [Электронный ресурс] Режим доступа: www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo24-2.xls (дата обращения: 10.01.2018)
147. Фесенко, П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности. Дис... канд. психол. наук. – М., 2005. – 206 с
148. Фесенко, П.П. Что такое психологическое благополучие? Краткий обзор основных концепций // Научные труды аспирантов и докторантов. М.: Изд-во Моск. гуманитар. ун-та, 2005. Вып. 46. С. 35-48.
149. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
150. Франкл, В. Теория и терапия неврозов: Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ / В. Франкл. - СПб.: Речь, 2001. 234 с.
151. Фрейд, 3. Психология бессознательного: Сб. произведений / З.Фрейд.- Сост., науч. ред., вступ. ст. М.Г.Ярошевский. - М.: Посвящение, 1990. 448с.
152. Фромм, Э. Иметь или быть / Э. Фромм. - АСТ: АСТ Москва, 2008. 320 с.
153. Фромм, Э. Человек для себя / Э. Фромм. - Мн.: "Коллегиум", 1992. 253 с.
154. Холлис, Дж. Душевные омуты: Возвращение к жизни после тяжёлых потрясений / Пер. с англ. 3-е стереотип. Изд. – М.: Когито-Центр, 2014. 192 с.
155. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. - М.: Академический проект, 2006. 140 с
156. Чазов Е.И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. – 2008. – №8. – С. 11-16.
157. Шальнова С.А. Сочетания ишемической болезни сердца с другими неинфекционными заболеваниями в популяции взрослого населения: ассоциации с возрастом и фактором риска /

С.А. Шальнова, Р.Г. Оганов, А.Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14. – №4. – С. 44-51.
158. Шальнова С. А. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5. – С. 58–63.
159. Шамионов, Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы : монография. Саратов: Научная книга, 2008. 296с.
160. Шамионов Р.М. Психология субъективного благополучия личности [Текст] /Р.М. Шамионов. –Саратов: Изд-во Сарат.ун-та, 2004. – 180с.
161. Шамионов, Р.М. Самосознание и субъективное благополучие личности [Текст] /Р.М. Шамионов // Современные проблемы общей и социальной психологии. Сборник научных статей. – 2009.– С. 41
162. Шамионов, Р.М. Субъективное благополучие и ценностно-смысловые образования личности в профессиональной сфере / Известия Саратовского ун-та, 2006. – Т.6. С. 104-109.
163. Шварц Ю. Г. Приверженность пациентов к лечению с позиций доказательной медицины / Ю. Г. Шварц, Е. А. Наумова // Международный медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 120–125.
164. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор концепций и методика исследования) [Текст] //Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 95-129
165. Ширяева, О. С. Психологическое благополучие личности в экстремальных условиях жизнедеятельности: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / О.С. Ширяева. -. Хабаровск – 2008. – 21 с.
166. Шляхто Е.В. Проблемы качества жизни в лечении больных сердечной недостаточностью с ишемической болезнью сердца / Е.В. Шляхто, Е.Н. Семернин, С.Н. Козлова с соавт. // Артериальная гипертензия. – 2001. – Т. 7. – №1. – С. 61-66.
167. Штрахова, А.В. Личностный смысл болезни суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом / А.В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. № 33. – С. 78–82.
168. Шустова, Н.Е. Удовлетворенность жизнью как показатель социально-психологической адаптации: некоторые результаты исследования [Текст] / Н.Е. Шустова. – СПб., 2009. – 367с.
169. Щелкова О. Ю., Еремина Д. А. Психосоциальные и клинические факторы когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Экспериментальная психология. 2015.- Т. 8. № 3. С. 156–172[Электронный ресурс]
170. Щукина М. А. Особенности развития субъектности личности в подростковом возрасте/ Дис … канд. психол. наук. Тюмень,- 2004.- 173 с.
171. Щукина М. А. Субъектный подход к саморазвитию личности: возможности теоретического понимания и эмпирического изучения // Психология. Журнал ВШЭ. 2014. №2. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/subektnyy-podhod-k-samorazvitiyu-lichnosti-vozmozhnosti-teoreticheskogo-ponimaniya-i-empiricheskogo-izucheniya (дата обращения:10.02.2016).
172. Экзистенциальная психология. Экзистенция [Текст]/Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО –Пресс, 2001
173. Юнг, К.Г. Собрание сочинений. Конфликты детской души: пер. с нем. - М.: Канон, 1994. С. 186-200
174. Янковская Е.М. Комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению семей больных, перенесших инсульт: автореф. дис. … канд. психол. наук: 19.00.04 / Е.М. Янковская; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. – СПб., 2008. – 25 с.
175. Яремчук, С.В. Субъективное благополучие как компонент ценностно-смысловой сферы личности // Психологический журнал, 2013, №5, Том 34. С. 85-95.
176. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease / C. Albus // Ann Med. – 2010. – Vol. 42. – P. 487-494.

177. Balady G.J. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation./ Balady G.J. , Williams M.A., Ades P.A. et al. // Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation Prevent.- 2007.- №115(20) P. 2675–2682.
178. Bjarnason-Wehrens B. Kardiologische Rehabilitation in Europa.// Clin Res Cardiol. -2009.- Vol.4(2) P.82–8.
179. Boden W.E. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease/ Boden W.E., O'Rourke R.A., Teo K.K. et al.// N Engl J Med. - 2007. - Vol. 356(15): P. 1503–16.
180. Budeus M. Risk factors of ventricular tachyarrhythmias after coronary artery bypass grafting / M. Budeus, P. Feindt, E. Gams et al. // Int J Cardiol. – 2006. – Vol. 113 (2). – P. 201-208
181. Bradburn, N. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969.320 p.
182. Bryant, F. B., Veroff J. (1982). The Structure of Psychological Well-Being: A Sociohistorical Analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 653–673.
183. Cameron, L. Anxiety, cognitions and responses to health threat / Cameron L., Leventhal H.(Eds.) // The self-regulation of health and illness behavior. – New-York: Routledge, 2003. – P. 157–183.
184. Dorian P., The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy / P. Dorian, W. Jung, D. Newman et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2000. – Vol. 36. – P. 1303–1309.
185. Dunbar H. F. Psychosomatic diagnosis / H. F. Dunbar. – New York, London: P. B. Hoeber, 1943.
186. Deci, E.L., Ryan, R.M. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // Psychological Inquiry. 2000. V. 11. P. 227 - 268.
187. Diener, E. Subjective well-being // Psychological Bulletin. 1984. № 95.P. 542-75.
188. Echteld, M. A. Modeling predictors of quality of life after coronary angioplasty. / Echteld, M. A., van Elderen, T., L. J. T. van der Kamp, // Annals of Behavioral Medicine, 2003.- № 26, P.49–60.
189. Engblom E. Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery: Long-term results of cardiac reabilitation / E. Engblom, K. Korpilahti, H. Hämäläinen et al. // J. Cardiopulmonary Rehabil. – 1997. – Vol. 17 (1). – P. 29-36.
190. Engel G.E. The clinical application of the biopsychosocial model. // Am. J.Psychiatry, 1980. – Vol. 137. – P. 535–543.
191. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G.L. Engel // Science. – 1977. – Vol. 196 (4286). – P. 129-136.
192. Fleet, R. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature / R. Fleet, K. Lavoie, B.D. Beitman // J Psychosom Res. – 2000. – V. 7 – P. 35–38.
193. Fletcher A., Bulpitt C.I. // Quality of life and cardiovascular care. – 1985. – P.140–150.
194. Frey R.R. Serial angiographic evaluation 1 year and 9 years after aortacoronary bypass: a study of 55 patients chosen at random / R.R. Frey, A.V. Bruschke, F.E. Vermeulen // J Thorac Cardiovasc Surg – 1984. – Vol. 87 (2). – P. 167-174.
195. Friedman H.S., Booth-Kewley S., Personality, Type A Behavior, and Coronary Heart Disease: The Role of Emotional Expression. // Journal of Personality and Social Psychology, -1987.- Vol. 53, No. 4, P.783-792.
196. Gallo L.C., Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context / Gallo L.C., Ghaed S.G., Bracken W.S., // Cognitive Therapy and Research,- 2004.- Vol. 28, No. 5, P. 669–694.
197. Guyatt G., Feeny D., Patrick D. Issues in quality oa life measurement in clinical trials. Control clinical trials. 1991, 12; pp.81-90.

198. Hagger, M.A Meta-analytic review of the common–sense model of illness representation / M. Hagger, S. Orbell // Psychology and Health. – 2003. – Vol. 18(2). – P. 141–184.
199. Hambrecht R. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial./ Hambrecht R., Walther C., Möbius-Winkler S. et al. // Circulation. - 2004.- Vol. 109(11), P. 1371–8.
200. Hatala A.R., The Status of the "Biopsychosocial" Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions // Open Journal of Medical Psychology,- 2012.- № 1, P. 51-62.
201. Helgeson, V. S., Fritz, H. L. Cognitive adaptation as a predictor of new coronary events after percutaneous transluminal coronary angioplasty.// Psychosomatic Medicine, -1999.- № 61, P. 488–495.
202. Hewson M.G. Patient education through teaching for conceptual change / M.G. Hewson // J Gen Intern Med. – 1993. – Vol. 8 (7). – P. 393–398.
203. Holmes T.H., Rahe R.H., The social readjustment rating scale, Journal of Psychosomatic Research. - 1967. - Vol. 11. - p. 213-218.
204. Katritsis D.G., Ioannidis J.P. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in nonacute coronary artery disease: a meta-analysis. // Circulation. -2005.- Vol. 111(22).,P. 2906–12.
205. Khoshaba D., Maddi S. Early Antecedents of Hardiness // Consulting Psychology Journal. – Spring. – 1999. – Vol. 51, N 2. – P. 106–117.
206. Kravvariti E., Emotional Intelligence and Coronary Heart Disease: How Close Is the Link? // Global Journal of Health Science. -2010.- Vol. 2, No. 1; P.127-137.
207. Lloyd-Jones D.M. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond / D.M. Lloyd-Jones, Y. Hong, D. Labarthe et al. // Circulation. – 2010. – Vol. 121 (4). – P. 586-613.
208. Mahrer-Imhof R., Hoffmann A., Sivarajan-Froelicher E., Impact of cardiac disease on couples' relationships // Journal of Advanced Nursing.- 2006.-№ 57(5), P. 513–521.
209. Mayou R.A. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardia infarction / R.A. Mayou, D. Gill, D.R. Thompson // Psychosom. Med. – 2000. – Vol. 60. – P. 627-636.
210. Mona P., Anger Expression and Risk of Stroke and Coronary Heart Disease Among Male Health Professionals / Mona P., Fitzmaurice G., Kubzansky L.D., Rimm E.B., Kawachi I., // Psychosomatic Medicine 65, 2003, pp. 100–110 Official Records of the World Health Organization. - 1948. - № 2, p. 100 [Электронныйресурс] URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf (датаобращения 07.06.2016)
211. O'Malley P. G., Lack of correlation between psychological factors and subclinical coronary artery disease./ O'Malley, P. G., Jones, D. L., Feuerstein, I. M., & Taylor, A. J.// New England Journal of Medicine,- 2000.- № 343, P. 1298–1304.
212. Osler W. The Lumheian lectures on angina pectoris / W. Osler // Lancet. – 1910. – Vol. 1. – P. 697–701.
213. Pande R.L., Secondary prevention and mortality in peripheral artery disease: National Health and Nutrition Examination Study, 1999 to 2004./ Pande R.L., Perlstein T.S., Beckman J.A., Creager M.A. // Circulation.- 2011.- №124(1) P.17–23.
214. Perk J. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) / Perk J., Backer G.D., Gohlke H., Graham I. and etc.// European Heart Journal. - 2012.-№ 33, P. 1635–1701.
215. Pignay-Demaria, V. Depression and anxiety and outcome of coronary artery bypass / V. PignayDemaria, F. Lesperance, R. G. Demaria et al. // Ann. Thorac. Surg. – 2003. – Vol. 75. – P. 314–321.
216. Rath T., Harter J. Wellbeing: The Five Essential Elements. New York: GALLUP PRESS, 2010. 232 p.

217. Rozanski A. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy / A. Rozanski, J. A. Blumenthal, J. Kaplan // Circulation. – 1999. – Vol. 99 (16). – P. 2192–217.
218. Ryff, C.D. Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited //Journal of Personality and Social Psychology.–1995. Vol. 69. –P. 719–727.
219. Ryff, C.D. Psychological Well-Being //Encyclopedia of Gerontology. –1996. –Vol. 2. –P. 365–369.
220. Schuur, V., Wijbrandt, H., Kruijtbosch, M. Measuring subjective well-being: Unfolding the Bradburn affect balance scale // Social Indicators Research, 1995. no. 36 (1). P. 49-74
221. Scrutinio D., Giannuzzi P., Comorbidity in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: impact on outcome and implications for cardiac rehabilitation.// European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.- 2008.- Vol. 15(4). P. 379–385.
222. Seifert, T. Assessment of the Ryff Scales of Psychological Well-Being Inventory. Available from the Center of Inquiry in the Liberal Arts at Wabash College. – 2004. URL: http://liberalarts.wabash.edu/cila/home.cfm?news_id=3570
223. Sears S.F. Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors / S.F. Sears, E.R. Serber, L.G. Alvarez et al. // Pacing Clin. Electrophysiol. – 2005. – Vol. 28(8). – P. 801–807.
224. Shaffer J., Neuroplasticity and Positive Psychology in Clinical Practice: A Review for Combined Benefits // Psychology.- 2012. - Vol.3, No.12A, P.1110-1115.
225. Sher T. The partners for life program: a couples approach to cardiac risk reduction / T. Sher, L. Braun, A. Domas et al. // Family Process. – 2014. – Vol. 53 (1). – P. 131-149.
226. Shimbo, A. Negative impact of depression on outcomes in patients with coronary artery disease / A. Shimbo, K. Davidson // J. Thrombos. Haemost. – 2005. – Vol. 3 (5). – P. 897–908.
227. Sifneos P. E. Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis / P. E. Sifneos / Cambridge, MA: Harvard University Press, 1972. – 220 p.
228. Smith, T. W., & Ruiz, J. M. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. // Journal of Consulting & Clinical Psychology,- 2002.- № 70, P.548–568.
229. Sousa J.E. New frontiers in cardiology: drug-eluting stents: Part I / J.E. Sousa, P.W. Serruys, M.A. Costa // Circulation. – 2003. – Vol. 107 (17). – P. 2274-2279.
230. Stoll Chr., Schelling G., Goetz A.E., Bayer A., Karfhammer H. – P., Rothenhausler H.– B., Kreuzer E., Reichart B., Peter K. Health – related quality of life and post traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. // Journal of Thouacic and Cardiovascular Surgery September. - 2000.- 505 p.
231. Stewart K.J., Cardiac rehabilitation following percutaneous revascularization, heart transplant, heart valve surgery, and for chronic heart failure./ Stewart K.J., Badenhop D., Brubaker P.H. et al.// Chest.- 2003.-№123(6), P.2104–2111.
232. Sullivan M.J., Higginbotham M.B., Cobb F.R. Exercise training in patients with severe left ventricular dysfunction. Hemodynamic and metabolic effects. // Circulation. - 1988.- №78(3), P.506–515.
233. Thomas R.J., AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services./ Thomas R.J., King M., Lui K. et al. // Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation Prevent.- 2007.- №27(5) P. 260–90.
234. Vaccarino V. Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease / V. Vaccarino, Bremner J.D. // Braunwald’s heart disease – a textbook of cardiovascular medicine; R.O. Bonow, D.L. Mann, D.P. Zipes, P. Libby, eds. – 9th ed. – Philadelphia, PA: Elsevier-Saunders; 2012. 364. – URL: doi: 10.4081/oncol.2012.e5. – Date of access: 16.06.2016.
235. Velazquez E.J. Heart failure and heart disease / E.J. Velazquez [Electronic resource]. – Duke Clinical Research Institute, Duke University Medical Centre, 2004. – 46 p. – URL: https://medicine.duke.edu/sites/medicine.duke. edu/files/field/attachments/Velazquez%20-%20HF%20%26%20IHD.pdf (Date of access: 07.02.2017).

236. Waterman A. S. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. Journal of Personality and Social Psychol 1993.-64: p. 678-691
237. Wrigh, T.A., Cropanzan, R. Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance // Journal of Occupational Health Psychology. – 2000. – №5. – С. 84–94.
238. World Health Organisation: Adherence to longterm therapies, evidence for action. Geneva, 2003. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.who.int
239. World Health Organisation: Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk / World Health Organisation. – Geneva: WHO, 2007. – 92 p.
240. Zwisler A.D., Hospital-based comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care among patients with congestive heart failure, ischemic heart disease, or high risk of ischemic heart disease: 12-month results of a randomized clinical trial. / Zwisler A.D., Soja A.M., Rasmussen S. et al.// Am Heart Journal.- 2008.-№155(6). P.1106–1113.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
Шкала психологического благополучия К. Рифф

Предлагаемые Вам утверждения касаются того, как Вы относитесь к себе и своей жизни. Мы предлагаем Вам согласиться или не согласиться с каждым из предложенных утверждений. Обведите цифру, которая лучше всего отражает степень Вашего согласия или несогласия с каждым утверждением. Помните, что правильных или не правильных ответов не существует.

Абсолютно не согласен	**Не согласен**	**Скорее не согласен**	**Скорее согласен**	**Согласен**	**Абсолютно согласен**
1	2	3	4	5	6

Помните, что правильных или не правильных ответов не существует.

Утверждение	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Большинство моих знакомых считают меня любящим и преданным человеком.						
2. Иногда я меняю свое поведение или образ мышления, чтобы не выделяться.						
3. Как правило, я считаю себя в ответе за то, как я живу.						
4. Меня не интересуют занятия, которые принесут результат в отдаленном будущем.						
5. Мне приятно думать о том, что я совершил в прошлом и надеюсь совершить в будущем.						
6. Когда я оглядываюсь назад, мне нравится, как сложилась моя жизнь.						
7. Поддержание близких отношений было связано для меня с трудностями и разочарованиями.						
8. Я не боюсь высказывать свое мнение, даже если оно противоречит мнению большинства.						
9. Требования повседневной жизни часто угнетают меня.						
10. В принципе, я считаю, что со временем узнаю о себе все больше и больше.						

11. Я живу сегодняшним днем и не особо задумываюсь о будущем.						
12. В целом я уверен в себе.						
13. Мне часто бывает одиноко из-за того, что у меня мало друзей, с кем я могу поделиться своими проблемами.						
14. На мои решения обычно не влияет то, что делают другие.						
15. Я не очень вписываюсь в сообщество окружающих меня людей.						
16. Я отношусь к тем людям, которым нравится пробовать все новое.						
17. Я стараюсь сосредоточиться на настоящем, потому что будущее почти всегда приносит какие-то проблемы.						
18. Мне кажется, что многие из моих знакомых преуспели в жизни больше, чем я.						
19. Я люблю задушевные беседы с родными или друзьями.						
20. Меня беспокоит то, что думают обо мне другие.						
21. Я вполне справляюсь со своими повседневными заботами.						
22. Я не хочу пробовать новые виды деятельности — моя жизнь и так меня устраивает.						
23. Моя жизнь имеет смысл.						
24. Если бы у меня была такая возможность, я бы многое в себе изменил.						
25. Мне кажется важным быть хорошим слушателем, когда близкие друзья делятся со мной своими проблемами.						
26. Для меня важнее быть в согласии с самим собой, чем получать одобрение окружающих.						
27. Я часто чувствую, что мои обязанности угнетают меня.						

28. Мне кажется, что новый опыт, способный изменить мои представления о себе и об окружающем мире, очень важен.						
29. Мои повседневные дела часто кажутся мне банальными и незначительными.						
30. В целом я себе нравлюсь.						
31. У меня не так много знакомых, готовых выслушать меня, когда мне нужно выговориться.						
32. На меня оказывают влияние сильные люди.						
33. Если бы я был несчастен в жизни, я предпринял бы эффективные меры, чтобы изменить ситуацию.						
34. Если задуматься, то с годами я не стал намного лучше.						
35. Я не очень хорошо осознаю, чего хочу достичь в жизни.						
36. Я совершал ошибки, но все, что ни делается, — все к лучшему.						
37. Я считаю, что многое получаю от друзей.						
38. Людям редко удается уговорить меня сделать то, чего я сам не хочу.						
39. Я неплохо справляюсь со своими финансовыми делами.						
40. На мой взгляд, человек способен расти и развиваться в любом возрасте.						
41. Когда-то я ставил перед собой цели, но теперь это кажется мне пустой тратой времени.						
42. Во многом я разочарован своими достижениями в жизни.						
43. Мне кажется, что у большинства людей больше друзей, чем у меня.						
44. Для меня важнее приспособиться к окружающим людям, чем в одиночку отстаивать свои принципы.						

45. Я расстраиваюсь, когда не успеваю сделать все, что намечено на день.						
46. Со временем я стал лучше разбираться в жизни, и это сделало меня более сильным и компетентным.						
47. Мне доставляет удовольствие составлять планы на будущее и воплощать их в жизнь.						
48. Как правило, я горжусь тем, какой я, и какой образ жизни я веду.						
49. Окружающие считают меня отзывчивым человеком, у которого всегда найдется время для других.						
50. Я уверен в своих суждениях, даже если они идут вразрез с общепринятым мнением.						
51. Я умею рассчитывать свое время так, чтобы все делать в срок.						
52. У меня есть ощущение, что с годами я стал лучше.						
53. Я активно стараюсь осуществлять планы, которые составляю для себя.						
54. Я завидую образу жизни многих людей.						
55. У меня было мало теплых доверительных отношений с другими людьми.						
56. Мне трудно высказывать свое мнение по спорным вопросам.						
57. Я занятой человек, но я получаю удовольствие от того, что справляюсь с делами.						
58. Я не люблю оказываться в новых ситуациях, когда нужно менять привычный для меня способ поведения.						
59. Я не отношусь к людям, которые скитаются по жизни безо всякой цели.						
60. Возможно, я отношусь к себе хуже, чем большинство людей.						
61. Когда дело доходит до дружбы, я часто чувствую себя сторонним наблюдателем.						

62. Я часто меняю свою точку зрения, если друзья или родные не согласны с ней.						
63. Я не люблю строить планы на день, потому что никогда не успеваю сделать все запланированное.						
64. Для меня жизнь — это непрерывный процесс познания и развития.						
65. Мне иногда кажется, что я уже совершил в жизни все, что было можно.						
66. Я часто просыпаюсь с мыслью о том, что жил неправильно.						
67. Я знаю, что могу доверять моим друзьям, а они знают, что могут доверять мне.						
68. Я не из тех, кто поддается давлению общества в том, как себя вести и как мыслить.						
69. Мне удалось найти себе подходящее занятие и нужные мне отношения.						
70. Мне нравится наблюдать, как с годами мои взгляды изменились и стали более зрелыми.						
71. Цели, которые я ставил перед собой, чаще приносили мне радость, нежели разочарование.						
72. В моем прошлом были взлеты и падения, но я не хотел бы ничего менять.						
73. Мне трудно полностью раскрыться в общении с людьми.						
74. Меня беспокоит, как окружающие оцени-вают то, что я выбираю в жизни.						
75. Мне трудно обустроить свою жизнь так, как хотелось бы.						
76. Я уже давно не пытаюсь изменить или улучшить свою жизнь.						
77. Мне приятно думать о том, чего я достиг в жизни.						
78. Когда я сравниваю себя со своими друзьями и знакомыми, то понимаю, что я во многом лучше их.						

79. Мы с моими друзьями относимся с сочувствием к проблемам друг друга.						
80. Я сужу о себе исходя из того, что я считаю важным, а не из того, что считают важным другие.						
81. Мне удалось создать себе такое жилище и такой образ жизни, которые мне очень нравятся.						
82. Старого пса не научить новым трюкам.						
83. Я не уверен, что мне стоит чего-то ждать от жизни.						
84. Каждый имеет недостатки, но у меня их больше, чем у других.						

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкета

№ комнаты_________________________________
Дата:____

1) ФИО____

2) Возраст____

3) Образование:
- o неполное среднее
- o полное среднее
- o среднее специальное
- o высшее
- o другое____

4) Род занятий:
- o Работаю (профессия____________________________________)
- o Не работаю
- o Пенсионер
- o Учусь (образовательное учреждение_____________________________________)

5) Семейное положение: (нужное подчеркнуть): Замужем / Женат; гражданский брак; Вдова / вдовец; Не женат/ Не замужем
Другое____

6) Место жительства: Город / Пригород / Село / Деревня

7) У вас есть дети? (Укажите, пожалуйста, их пол и возраст)
1.____3.____
2.____
4.____
5.____
6.____

8) С кем проживаете
- o Один / Одна
- o С супругой / ом
- o С детьми (возраст/пол)
____
- o Другое____

10) Домашние животные____

11) Хобби (Занятия в свободное время / Интересы)
____

12) Когда Вы впервые обратили внимание на заболевание? (у Вас впервые появились жалобы?)
____

Интервью

13) Что привлекло Ваше внимание:
- • боль (где?____)
- • неприятные ощущения (где?____
опишите характер ощущений____)
- • общее недомогание (в чем проявлялось: (нужное подчеркнуть) слабость/одышка/головокружения/другое______________________________________)

14) Когда вы впервые обратились к врачу?
15) Какие были жалобы?/Иная причина обращения?
16) Когда вы узнали о заболевании, какие возникли чувства, мысли?_______________________________
17) Как родственники отнеслись к вашему заболеванию?
НАПРИМЕР:
- безразлично
-спокойно
-стали беспокоиться за вас
- был шок/паника

-стали проявлять больше заботы, чаще навещать, интересоваться здоровьем
- стали излишне опекать, вводить запреты (в еде, употреблении алкоголя, курении)

Супруг(а)______________________________
____
____
____
____
____
Дети_____________________________________
____
____
Другие родственники (указать кто________________________________)
____
____
____
____

18) Какие значимые события произошли в вашей жизни за то время, как у вас есть сердечно-сосудистое заболевание? Если обострение заболевания произошло впервые и до этого себя не проявляло, то вспомните, пожалуйста, какие события (или череда различных событий) предшествовали ему. (Значимые волнительные события, как негативные, так и позитивные). (Обведите те, которые имели место быть)

переезд/ свадьба/ развод/ смерть близких/смена работы/выход на пенсию/ переезд детей (из отчего дома)/ рождение детей/ рождение внуков/ серьезные ссоры с близкими людьми/

Другие события (перечислите)___________________________
____

20) Как менялись Ваши чувства по отношению к заболеванию с течением времени? Чем были вызваны эти изменения? (Например: комментариями врача на приеме, высказываниями родственников). Укажите событие которое изменило Ваше отношение к заболеванию и то как оно изменилось (вы успокаивались/начинали нервничать или что-либо другое)

21) Что в большей степени вызывает у вас беспокойство? Проранжируйте список, от того, что вызывает у Вас беспокойство в первую очередь (поставьте рядом номер 1), и далее что во вторую очередь (номер 2), третью (номер 3) и т.д.

Отношение родственников
Работоспособность
Боль
Возможные осложнения
Процедуры
Прием лекарств
Квалификация врачей
Исход заболевания
Изменения стиля жизни из-за болезни
Свой вариант 1_________________________
Свой вариант 2_________________________
Свой вариант 3_________________________

22) Как изменяется Ваше ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ состояние, в связи с указанными переживаниями, событиями?

____

23) Реагирует ли Ваше ФИЗИЧЕСКОЕ состояние, на эмоциональные переживания, события?

____

24) Что обычно МЕШАЕТ Вам справиться с беспокойством? (выберите 2-3 варианта)общение (с родственниками/друзьями)

- o новые сведения о заболевании
- o общение с врачом
- o походы в лечебные учреждения
- o сам(а) себя «накручиваю»
- o лекарства/процедуры
- o боль/другие неприятные ощущения
- o ухудшение самочувствия

25) Что обычно ПОМОГАЕТ Вам справиться с волнением, беспокойством, негативными переживаниями? (выберите 2-3 варианта)

- o общение (с родственниками/друзьями)
- o успокаиваю (уговариваю) себя сам(а)
- o пытаюсь отвлечься (хобби, домашние дела, работа)
- o стараюсь больше узнать о ситуации
- o улучшаю самочувствие лекарствами, выпивкой или едой
- o решаю проблемы сразу, по мере поступления
- o работаю, некогда думать о проблемах
- o стараюсь найти положительные стороны
- o стараюсь не думать о волнующей ситуации
- o сон
- o думаю что делать дальше, как справиться с трудностями

26) Откуда вы узнали данные способы саморегуляции (способы успокоиться, нормализовать свое состояние)?

- o специально искал(а)/узнавал(а) информацию
- o из собственного опыта (привык так делать)
- o посоветовали (друзья/родственники/врачи)
- o случайно узнал из газеты/журнала/ТВ/интернета

28) Соблюдаете ли Вы рекомендации мед.персонала (врачей/мед.сестер) по питанию/физическим нагрузкам/ приему лекарств?

- o да, соблюдаю все рекомендации
- o поначалу соблюдаю, но потом бросаю
- o когда как (периодически)
- o когда ухудшается состояние, то соблюдаю, а когда чувствую себя нормально, то нет.
- o вообще не стараюсь соблюдать рекомендации, я лучше знаю, что мне нужно

29) Оцените степень выполнения рекомендаций (0 - не следую вообще/ 5- полностью выполняю)

- o по питанию, потому что____
- o по физическим нагрузкам, потому что_____________________________
- o по приему лекарств, потому что__________________________________
- o бросить курить____
- o затруднений не имею

27) Охарактеризуйте Ваши отношения с лечащим врачом

Данные медицинской карты пациента

1) ФИО пациента

№ палаты_________ Дата

2) Диагноз____

осложнения____

сопутствующие
заболевания____

3) В санатории с ___________________________ по _____________________________

4) Госпитальная шкала:
Тревога_________________________Депрессия__________________________

5) Выполняет ли пациент рекомендации?
- по диете
- по режиму работы и отдыха
- по приему лекарств
- отказ от курения/ не курит

6) Как вы считаете, как пациент относится к своему заболеванию?
- безалаберно
- спокойно
- присутствует волнение (какого рода?____
- очень беспокоится (на каких аспектах акцентируется беспокойство? ____
- постоянно прислушивается к себе (сердцебиение, неприятные ощущения)
- тщательно соблюдает рекомендации
- присутствуют страхи (какого рода?____

7) Дополнительная информация:
____

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблицы сравнения средних показателей компонентов "Шкалы психологического благополучи К.Рифф", сравнение проведено с использованием непараметрическогоU - критерия Манна-Уитни для независимых выборок

	Мужчины основной группы (n=32)		Женщины основной группы (n=30)		Уровень значимости различий
	M	σ	M	σ	
Позитивные отношения	53,56	11,48	59,73	7,93	p≤0,05
Автономия	56,75	6,69	54,27	7,27	
Управление средой	50,97	10,72	52,60	6,49	
Личностный рост	51,97	9,89	48,90	7,41	
Цели в жизни	51,91	11,18	52,00	7,05	
Самопринятие	51,72	8,51	49,40	9,23	
Баланс аффекта	105,06	21,75	107,77	15,09	
Осмысленность жизни	83,84	17,07	83,80	10,95	
человек как открытая система	59,31	7,82	63,10	6,48	p≤0,05
Психологическое благополучие	310,63	43,82	316,90	24,49	

	Мужчины основной группы (n=32)		Мужчины контрольной группы (n=30)		Уровень значимости различий
	M	σ	M	σ	
Позитивные отношения	53,5625	11,47771	54,9600	8,39385	
Автономия	56,7500	6,68653	60,9200	5,33010	
Управление средой	50,9688	10,71774	57,8800	5,42617	p≤0,05
Личностный рост	51,9688	9,89455	56,3200	5,99110	
Цели в жизни	51,9063	11,17705	60,5200	4,98431	p≤0,01
Самопринятие	51,7188	8,51274	56,8400	4,19007	
Баланс аффекта	105,0625	21,74921	95,8800	11,64159	
Осмысленность жизни	83,8438	17,07122	95,6800	7,74446	
человек как открытая система	59,3125	7,82237	58,1600	6,72483	
Психологическое благополучие	310,6250	43,82130	347,4400	22,35151	p≤0,01

	Женщины основной группы (n=30)		Женщины контрольной группы (n=37)		Уровень значимости различий
	M	σ	M	σ	
Позитивные отношения	59,73	7,93	59,8519	5,38305	
Автономия	54,27	7,27	57,7407	5,73513	
Управление средой	52,60	6,49	60,4815	6,44128	p≤0,01
Личностный рост	48,90	7,41	57,8148	7,40601	p≤0,001
Цели в жизни	52,00	7,05	62,9630	7,61315	p≤0,001
Самопринятие	49,40	9,23	57,4815	7,05130	p≤0,05
Баланс аффекта	107,77	15,09	91,0741	13,43052	p≤0,01
Осмысленность жизни	83,80	10,95	98,6296	10,00441	p≤0,001
человек как открытая система	63,10	6,48	64,3704	5,14519	p≤0,01
Психологическое благополучие	316,90	24,49	356,3333	25,01384	p≤0,001